

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

ESPERANÇA MINERVINI

**REFLEXOS DA JUDICIALIZAÇÃO NAS POLÍTICAS PÚBLICAS
DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**

CURITIBA

2014

ESPERANÇA MINERVINI

**REFLEXOS DA JUDICIALIZAÇÃO NAS POLÍTICAS PÚBLICAS
DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Ciência Política, no Curso de Pós-Graduação em Ciência Política, do Setor de Ciências Humanas, Letras e Artes, da Universidade Federal do Paraná.

Orientador: Prof. Dr. Fabricio Ricardo de Limas Tomio

CURITIBA

2014

Ao Paulo Alexandre, amor da minha vida.

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, Prof. Dr. Fabricio Ricardo de Limas Tomio, por aceitar a tarefa de orientar meu estudo, sempre dedicado, atencioso e gentil, me incentivando em todos os momentos, e acima de tudo, pela paciência infinita.

Aos professores Ilton Norberto Robl Filho e Rodrigo Luís Kanayama, pelas valiosas contribuições.

Ao Tenente Coronel Monteiro, Comandante do 22º Batalhão, pela compreensão e apoio, nos diversos momentos em que tive que me ausentar para cumprir os compromissos do Mestrado.

Ao Joseph e à Eliz, amigos de todas as horas.

Aos amigos que encontrei no Mestrado: Maria Leonor, Paula e Tiago - obrigada pelos cafés, conversas e risadas.

À Cleomar, sempre disposta a ajudar.

Ao Paulo Alexandre, por me amar e me compreender, em todos os momentos. Sem você eu não seria tão forte.

“Ainda que a Constituição fosse tão perfeita, como se tivesse sido baixada dos céus, o país haveria de ser julgado não pelo seu texto, mas sim segundo o modo pelo qual a pusesse em prática. Importa, assim, conhecer a Constituição, para assegurar-lhe eficácia, realizando seus princípios, como forma de tornar efetivos os desígnios que – bem ou mal – o povo nela expressou”.

Rui Barbosa

RESUMO

O direito à saúde, consagrado na Constituição de 1988 no rol dos direitos fundamentais sociais, em sua dimensão prestacional, exige do Estado ações positivas, concretizadas na forma de políticas públicas. O Sistema Único de Saúde, SUS, muitas vezes não corresponde às expectativas da população, que encontrou na via judicial o caminho mais curto e garantido para ver satisfeitas as suas demandas. Destacam-se, entre os pedidos formulados nestas ações judiciais, as requisições por medicamentos. Buscar-se-á, no presente estudo, determinar quais os reflexos das demandas judiciais por medicamentos na formulação das políticas públicas de Assistência Farmacêutica, através da revisão bibliográfica dos estudos sobre judicialização da saúde e da análise da jurisprudência do Tribunal Regional Federal da 4ª Região e do Tribunal de Justiça do Estado do Paraná.

Palavras-chave: judicialização, políticas públicas de saúde, Assistência Farmacêutica.

ABSTRACT

The right to health, enshrined in the 1988 Constitution's list of fundamental social rights, in their prestacional dimension, requires state positive actions implemented as public policies. The *Sistema Único de Saúde, SUS*, often does not match the population expectations, who found the court via the shortest and most guaranteed way to see their demands met. Among the lawsuits the requests for drugs stands out. We'll seek, in the present study, to determine the reflections of lawsuits for drugs in the pharmaceutical assistance public policies, through health judicialization literature review and the analysis of the Tribunal *Regional Federal da 4ª Região* and *Tribunal de Justiça do Estado do Paraná* jurisprudence.

Keywords: judicialization, public health policies, Pharmaceutical Assistance.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Aquisições de medicamentos pelo Ministério da Saúde, em cumprimento a determinações judiciais 65

Tabela 2. Gastos com o cumprimento de decisões judiciais de saúde no Estado do Paraná 67

Tabela 3. Quantitativo de ações nos períodos precedentes e subsequentes à publicação da Rename 2006 69

Tabela 4. Quantitativo de ações nos períodos precedentes e subsequentes à publicação da Rename 2008 71

Tabela 5. Quantitativo de ações nos períodos precedentes e subsequentes à publicação da Rename 2010 72

LISTA DE SIGLAS

ATS - Avaliação de Tecnologias em Saúde

CAP's - Caixas de Aposentadoria e Pensão

CEBES - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

CF – Constituição Federal

CIB - Comissão Intergestores Bipartite

CIT - Comissão Intergestores Tripartite

CITEC - Comissão para incorporação de Tecnologias

Conasems - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

Conass - Conselho Nacional de Secretários de Saúde

CONITEC - Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS

IAPAS - Instituto de Administração da Previdência Social

IAP's - Institutos de Aposentadoria e Pensões

INPS - Instituto Nacional de Previdência Social

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

MS - Ministério da Saúde

SCTIE - Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos

SUS - Sistema Único de Saúde

STF – Supremo Tribunal Federal

Rename – Relação Nacional de Medicamentos Essenciais

TJPR – Tribunal de Justiça do Estado do Paraná

TRF4 – Tribunal Regional Federal da 4ª Região

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	10
2 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	21
2.1 POLÍTICAS PÚBLICAS	21
2.2 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE	26
2.3 POLÍTICAS DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	32
3 JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE	39
3.1 JUDICIALIZAÇÃO, ATIVISMO JUDICIAL E CONSTITUCIONALISMO	39
3.1.1 Judicialização Política	39
3.1.2 Ativismo Judicial	43
3.1.3 Constitucionalismo	44
3.2 JUDICIALIZAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS.....	50
3.3 JUDICIALIZAÇÃO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA.....	53
4 REFLEXOS DAS DEMANDAS JUDICIAIS SOBRE AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA.....	58
4.1 DECISÕES JUDICIAIS E ORÇAMENTO	64
4.2 INFLUÊNCIA DAS DEMANDAS JUDICIAIS NA ELABORAÇÃO DAS LISTAS DA RENAME	68
4.3 MEDIDAS PRÁTICAS NA BUSCA POR SOLUÇÕES	74
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	78
BIBLIOGRAFIA	81

INTRODUÇÃO

O direito à saúde ocupa lugar de destaque no rol dos direitos fundamentais sociais, em razão de sua vinculação direta ao direito à vida e à existência digna. Sua prestação, dever do Estado, deve contemplar as dimensões preventiva e curativa da doença, associando-se a outros direitos de natureza social e econômica, como alimentação, saneamento básico, moradia, educação e trabalho.

Em sede de direito internacional, a Organização das Nações Unidas dispôs, no ano de 1948, sobre o direito à saúde, estabelecendo, nos artigos 22 e 25 da Declaração Universal dos Direitos Humanos, que são direitos humanos fundamentais a segurança social e o acesso a um padrão de vida capaz de assegurar a saúde e o bem-estar. Entre outros instrumentos transnacionais, o Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, de 1966, também se referiu ao direito à saúde, assim como a Convenção dos Direitos da Criança e a Convenção Americana dos Direitos Humanos, de 1989, todos ratificados pelo Brasil e incorporados ao direito interno (SARLET, 2002, p. 4).

O direito à saúde, assim como os demais direitos sociais, depende de ações positivas por parte do Poder Executivo para sua realização. Os direitos sociais surgiram para mitigar as enormes desigualdades sociais provocadas pelo mercado e pela decorrente estratificação social, buscando atingir patamares mínimos de igualdade entre os cidadãos (FARIAS, 2008, p. 29).

Até 1988 não havia no Brasil a concepção democrática da saúde como direito de todos. As políticas públicas de saúde restringiam-se a medidas de caráter preventivo, realizadas essencialmente através de campanhas contra epidemias. A assistência médica era privilégio dos

contribuintes da Previdência Social, ou dos poucos que podiam pagar por recursos médicos particulares, enquanto relevante parcela da população permanecia à mercê dos serviços de caridade.

A noção de direitos sociais era estritamente vinculada ao vínculo empregatício formal e tal condição apenas foi transformada pela inserção do conceito de Seguridade Social no capítulo II do Título VIII da Constituição Federal: “A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social”. Tal dispositivo representou importante avanço na organização das questões sociais no país, na medida em que pontuou a responsabilidade do estado frente às necessidades da população (MACHADO, 2010, p. 13).

A concepção de um sistema público de saúde é resultado de uma reforma que começou a tomar corpo na década de 1970, quando diversos setores da sociedade uniram-se em um movimento que consagrava a estruturação dos serviços de saúde como uma questão social e política essencial à luta pela redemocratização do país. Os ideais presentes no movimento de reforma foram materializados pela Constituição de 1988.

A Carta Constitucional de 1988 representa um marco na história do direito à saúde, tendo sido o primeiro texto constitucional brasileiro a inseri-lo no rol dos direitos fundamentais. As Cartas Constitucionais de 1824 e 1891 não apresentaram qualquer referência ao direito à saúde, enquanto as de 1934, 1937, 1946 e 1967 apenas dispuseram sobre as competências legislativas dos entes federativos em relação ao tema.

Com a previsão constitucional, o direito à saúde foi alçado à categoria de direito fundamental, efetivando-se como um direito público subjetivo vinculado a prestações estatais. O acesso aos serviços públicos de saúde foi definido com base nos princípios da universalidade, igualdade e equidade, e estendido a todos os brasileiros, independentemente de contribuição ou vínculo empregatício.

A Constituição Brasileira adotou o conceito amplo de saúde, de acordo com o convencionado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), superando a concepção restrita à ausência de doença pela de um completo bem-estar físico, mental e social. Estabelece, em seu artigo 196, que a saúde é “direito de todos e dever do Estado”, e institui o “acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

Para concretizar as ações e serviços de saúde foi instituído o Sistema Único de Saúde (SUS), responsável pela “formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção” (Lei Orgânica da Saúde - Lei nº 8.080, de 12 de novembro de 1990 – art. 6º, VI).

O art. 24, XII, da Constituição Federal estabelece que a competência para legislar sobre proteção e defesa da saúde é concorrente entre União, Estados e o Distrito Federal. À União compete editar normas gerais (art. 24, § 1º), aos Estados e Distrito Federal, normas suplementares e aos Municípios cabe “legislar sobre assuntos de interesse local” e “suplementar a legislação federal e a estadual no que couber” (CF art. 30, I e II).

No âmbito administrativo, foi estabelecida competência comum a todos os entes federativos, que devem “cuidar da saúde e assistência pública” (art. 23, II). União, Estados, Distrito Federal e Municípios também possuem competência comum no que tange à administração dos recursos orçamentários da saúde, bem como a edição de normas técnicas e o controle de padrões de qualidade e custos, segundo preconiza a Lei nº 8.080/90.

O direito à assistência farmacêutica integra o direito à saúde e, juntamente com a assistência terapêutica, deve ser garantida integralmente a toda a população, atendendo ao princípio da integralidade de assistência, conforme previsto na Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1990).

A realização da assistência farmacêutica está vinculada à Política Nacional de Medicamentos, que tem como propósito garantir a segurança, a eficácia e a qualidade dos medicamentos, a promoção do uso racional e o acesso da população aos medicamentos considerados essenciais (BRASIL, 1998).

Medicamentos essenciais, segundo a Organização Mundial de Saúde, OMS (2002), são aqueles que atendem às principais necessidades de saúde da população, devendo estar ao alcance de todos quando solicitado, dentro do contexto de funcionamento dos sistemas de saúde, em quantidades apropriadas, em dosagem adequada, com a devida qualidade e a preços acessíveis aos indivíduos e à comunidade. Nos termos da PNM os medicamentos essenciais são assim definidos:

Integram o elenco dos medicamentos essenciais aqueles produtos considerados básicos e indispensáveis para atender a maioria dos problemas de saúde da população. Esses produtos devem estar continuamente disponíveis aos segmentos da sociedade que deles necessitem, nas formas farmacêuticas apropriadas, e compõem uma relação nacional de referência que servirá de base para o direcionamento da produção farmacêutica e para o desenvolvimento científico e tecnológico, bem como para a definição de listas de medicamentos essenciais nos âmbitos estadual e municipal, que deverão ser estabelecidas com o apoio do gestor federal e segundo a situação epidemiológica respectiva (BRASIL, 1998).

Como se pode constatar, a realização dos direitos sociais depende da implementação de políticas públicas, cuja execução é definida por opções políticas que nem sempre contemplam todas as demandas da população, em razão da escassez de recursos financeiros disponíveis. (PEREIRA, 2010, p. 7).

Diante da inefetividade na implantação dos direitos fundamentais sociais, o Judiciário vem adentrando cada vez mais o espaço político, assumindo posição de destaque nos mais diversos níveis do processo de implementação e avaliação de políticas públicas.

A questão da judicialização política tornou-se tema recorrente em estudos afetos aos campos do Direito e da Ciência Política. Em um curto período de tempo, o Supremo Tribunal Federal decidiu sobre pesquisas com células-tronco¹, direito de greve de servidores públicos², nepotismo³ na

¹ AÇÃO DIRETA DE INCONSTITUCIONALIDADE. LEI DE BIOSSEGURANÇA. IMPUGNAÇÃO EM BLOCO DO ART. 5º DA LEI Nº 11.105, DE 24 DE MARÇO DE 2005 (LEI DE BIOSSEGURANÇA). PESQUISAS COM CÉLULAS-TRONCO EMBRIONÁRIAS. INEXISTÊNCIA DE VIOLAÇÃO DO DIREITO À VIDA. CONSTITUCIONALIDADE DO USO DE CÉLULAS-TRONCO EMBRIONÁRIAS EM PESQUISAS CIENTÍFICAS PARA FINS TERAPÊUTICOS. DESCARACTERIZAÇÃO DO ABORTO. NORMAS CONSTITUCIONAIS CONFORMADORAS DO DIREITO FUNDAMENTAL A UMA VIDA DIGNA, QUE PASSA PELO DIREITO À SAÚDE E AO PLANEJAMENTO FAMILIAR. DESCABIMENTO DE UTILIZAÇÃO DA TÉCNICA DE INTERPRETAÇÃO CONFORME PARA ADITAR À LEI DE BIOSSEGURANÇA CONTROLES DESNECESSÁRIOS QUE IMPLICAM RESTRIÇÕES ÀS PESQUISAS E TERAPIAS POR ELA VISADAS. IMPROCEDÊNCIA TOTAL DA AÇÃO. I - O CONHECIMENTO CIENTÍFICO, A CONCEITUAÇÃO JURÍDICA DE CÉLULAS-TRONCO EMBRIONÁRIAS E SEUS REFLEXOS NO CONTROLE DE CONSTITUCIONALIDADE DA LEI DE BIOSSEGURANÇA. (STF - ADI: 3510 DF. Relator: Min. CARLOS BRITTO, Data de Julgamento: 16/03/2007, Data de Publicação: DJ 30/03/2007 PP-00098 RTJ VOL-00200-01 PP-00282).

² Julgamento dos mandados de injunção (MI) 670 708 e 712. MANDADO DE INJUNÇÃO. GARANTIA FUNDAMENTAL (CF, ART. 5º, INCISO LXXI). DIREITO DE GREVE DOS SERVIDORES PÚBLICOS CIVIS (CF, ART. 37, INCISO VII). EVOLUÇÃO DO TEMA NA JURISPRUDÊNCIA DO SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL (STF). DEFINIÇÃO DOS PARÂMETROS DE COMPETÊNCIA CONSTITUCIONAL PARA APRECIACÃO NO ÂMBITO DA JUSTIÇA FEDERAL E DA JUSTIÇA ESTADUAL ATÉ A EDIÇÃO DA LEGISLAÇÃO ESPECÍFICA PERTINENTE, NOS TERMOS DO ART. 37, VII, DA CF. EM OBSERVÂNCIA AOS DITAMES DA SEGURANÇA JURÍDICA E À EVOLUÇÃO JURISPRUDENCIAL NA INTERPRETAÇÃO DA OMISSÃO LEGISLATIVA SOBRE O DIREITO DE GREVE DOS SERVIDORES PÚBLICOS CIVIS, FIXAÇÃO DO PRAZO DE 60 (SESSENTA) DIAS PARA QUE O CONGRESSO NACIONAL LEGISLE SOBRE A MATÉRIA. MANDADO DE INJUNÇÃO DEFERIDO PARA DETERMINAR A APLICAÇÃO DAS LEIS Nos 7.701/1988 E 7.783/1989. 1. SINAIS DE EVOLUÇÃO DA GARANTIA FUNDAMENTAL DO MANDADO DE INJUNÇÃO NA JURISPRUDÊNCIA DO SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL (STF). (STF - MI: 708 DF, Relator: Min. GILMAR MENDES, Data de Julgamento: 25/10/2007, Tribunal Pleno, Data de Publicação: DJe-206 DIVULG 30-10-2008 PUBLIC 31-10-2008 EMENT VOL-02339-02 PP-00207 RTJ VOL-00207-02 PP-00471).

³ ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA. VEDAÇÃO NEPOTISMO. NECESSIDADE DE LEI FORMAL. INEXIGIBILIDADE. PROIBIÇÃO QUE DECORRE DO ART. 37, CAPUT, DA CF. RE PROVIDO EM PARTE. I - Embora restrita ao âmbito do Judiciário, a Resolução 7/2005 do Conselho Nacional da Justiça, a prática do nepotismo nos demais Poderes é ilícita. II - A vedação do nepotismo não exige a edição de lei formal para coibir a prática. III - Proibição que decorre diretamente dos princípios contidos no art. 37, caput, da Constituição Federal. IV - Precedentes. V - RE conhecido e parcialmente provido para anular a nomeação do servidor, aparentado com agente político, ocupante, de cargo em comissão. (STF - RE: 579951 RN, Relator: Min. RICARDO LEWANDOWSKI, Data de Julgamento: 20/08/2008, Tribunal Pleno, Data de Publicação: REPERCUSSÃO GERAL - MÉRITO)

Administração Pública, fidelidade partidária⁴, e julgou a Ação Criminal de ampla repercussão midiática que ficou conhecida como “Caso Mensalão”⁵.

Com a força normativa alcançada pela Constituição, seus mandamentos assumiram caráter imperativo e aplicabilidade imediata, alçando os direitos sociais em geral, e da saúde em particular, ao patamar de direitos subjetivos em sentido pleno. Com isso, a assistência médica e farmacêutica tornou-se objeto de tutela do Poder Judiciário, legitimando sua intervenção na Administração Pública para garantir a prestação (PEREIRA, 2010, p. 7).

Sarlet assevera que, considerando a ideia de que os dispositivos legais ou constitucionais não se confundem com as normas neles contidas, podendo-se deles aduzir diversas posições jurídico-fundamentais (ou direitos), e analisando a classificação dos direitos fundamentais em direitos de defesa (negativos) e direitos a prestações (positivos), pode-se concluir que o direito à saúde enquadra-se em ambas as categorias, o que determina sua configuração em uma dimensão preventiva, destinada a impedir ações indevidas por parte do Estado e de terceiros que obstem sua realização, bem como em uma dimensão positiva, que impõe ao Estado promover a efetivação deste direito através de medidas concretas de caráter prestacional, como atendimento médico e hospitalar, fornecimento de medicamentos, realização de exames, e qualquer outra atividade indispensável à promoção da saúde (SARLET, 2002, p. 8).

Então, compreende-se que “No âmbito da assim denominada dimensão negativa, (...) a saúde, como bem jurídico fundamental, encontra-se protegida contra qualquer agressão de terceiros”, ou seja, o Estado tem o dever de não intervir de forma prejudicial na saúde das pessoas. Integra a

⁴ AÇÃO DIRETA DE INCONSTITUCIONALIDADE. RESOLUÇÕES DO TRIBUNAL SUPERIOR ELEITORAL 22.610/2007 e 22.733/2008. DISCIPLINA DOS PROCEDIMENTOS DE JUSTIFICAÇÃO DA DESFILIAÇÃO PARTIDÁRIA E DA PERDA DO CARGO ELETIVO. FIDELIDADE PARTIDÁRIA. (STF - ADI: 3999 DF, Relator: Min. JOAQUIM BARBOSA, Data de Julgamento: 12/11/2008, Tribunal Pleno, Data de Publicação: DJe-071 DIVULG 16-04-2009 PUBLIC 17-04-2009 EMENT VOL-02356-01 PP-00099)

⁵ Íntegra do Acórdão disponível em: ftp://ftp.stf.jus.br/ap470/InteiroTeor_AP470.pdf

dimensão defensiva o princípio da proibição de retrocesso, que visa a impedir que o legislador venha suprimir direitos já estabelecidos, ao revogar normas infraconstitucionais previamente elaboradas (SARLET, 2002, p. 10).

A dimensão prestacional, ou positiva, do direito à saúde é a que mais interessa ao debate acerca da judicialização.

Na medida em que a Constituição não define a amplitude do direito à saúde, questiona-se a possibilidade de seu titular exigir do poder público prestações materiais que ensejam a alocação de recursos, como tratamentos médicos, exames laboratoriais, internamentos, medicamentos, e outros insumos e serviços médicos. Não há expressa referência que indique ser o Estado responsável por todas as prestações relacionadas à saúde, ou apenas aquelas básicas e vitais. Argumentos contrários ao reconhecimento de um direito subjetivo da saúde como prestação referem-se basicamente à questão econômica, considerando que prestações vinculadas aos direitos sociais implicam alocação de recursos materiais e humanos, sujeitando-se portanto à sua efetiva disponibilidade. Além disso, seria o legislador e não o magistrado aquele legitimado democraticamente para decidir sobre questões afetas à matéria orçamentária. Ao se considerar, porém, que os recursos públicos destinam-se justamente à satisfação dos direitos fundamentais sociais, demandas de caráter emergencial, como o são muitas daquelas relativas à saúde, e diante da possibilidade de sacrifício irreversível a bens essenciais da vida, adquire relevância o entendimento favorável ao reconhecimento do direito subjetivo às prestações estatais (SARLET, 2002, p. 12/13).

Diante dos casos concretos de demandas por medicamentos, entretanto, os juízes se deparam com inúmeras questões complicadoras, como a solicitação de fármacos que não integram as listas do SUS, ou, cujas marcas são diversas das previstas, além de medicamentos não registrados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) ou de eficácia não comprovada cientificamente. Considerando a urgência dos casos, muitas decisões acabam sendo tomadas com o prejuízo de análises

mais detalhadas, dando-se preferência pela concessão (CASTRO, 2012, p. 15).

O impacto financeiro dessas demandas judiciais motiva a análise da judicialização da assistência farmacêutica. O crescente número das ações propostas em face do Poder Público visando a prestações sanitárias constitui motivo de preocupação para os gestores da saúde em todos os níveis federativos (CONJUR/MS, 2012).

Mas apesar do consenso sobre a relevância da situação, inexistem levantamentos de âmbito nacional acerca da dimensão da judicialização e de seu impacto para o SUS e para os usuários. Uma das dificuldades para a reunião de informações reside no fato de que as ações propostas estão divididas entre a Justiça Federal e a Justičas estaduais, cada uma com organização e características de demandas próprias (CONJUR/MS, 2012).

Segundo assevera Marques (2008, p. 70), o impacto financeiro das ações judiciais por prestações sanitárias faz jus a dados precisos e de âmbito nacional, assim como se faz necessário determinar quais os outros bens e serviços de saúde demandados, buscando-se viabilizar análises acerca dos reflexos destes gastos sobre o orçamento total da saúde, em comparação às ações programadas de assistência farmacêutica e terapêutica.

Conforme pontua Sadek (2011, p. 23), “a participação de juizes, desembargadores e ministros no âmbito das decisões políticas, próprias da competição político-partidária, desperta reações dos mais variados atores e nas mais diversas direções”. Mas debates acerca da legitimidade dos juizes e dos limites da intervenção judicial, bem como da necessidade de ponderação entre os diversos princípios colidentes envolvidos nas questões que envolvem prestações estatais na área da saúde não tem surtido o efeito de desencorajar o ativismo do Judiciário.

Pretende-se, com a escolha do tema, direcionar a análise da intervenção judicial para além dos limites desta já desgastada discussão

acerca da sua legitimidade, buscando-se demonstrar como as demandas judiciais por medicamentos interferem na formulação das políticas públicas de Assistência Farmacêutica.

A hipótese adotada é a de que o crescente número de ações judiciais requerendo determinados medicamentos gera uma condição de pressão, concretizada pelas decisões judiciais que concedem o direito e determinam a aquisição imediata do produto, desestabilizando toda a burocracia de compras programadas, é capaz de determinar o redirecionamento de políticas públicas anteriormente estipuladas. Para verificar a proposição, optou-se por analisar as ações judiciais propostas nos períodos antecedentes e subseqüentes à publicação de novas edições da RENAME. Pretende-se encontrar dados que indiquem haver uma expressiva demanda antecedente pelos fármacos recém inseridos nas listagens, assim como considerável redução no quantitativo de ações após sua inclusão.

Tendo em vista o objetivo exposto, estruturou-se o presente trabalho em três partes. Apresenta-se, inicialmente, uma breve abordagem teórica acerca das políticas públicas de saúde no Brasil. Parte-se de uma rápida exposição acerca do conceito de políticas públicas, das características da disciplina e seu surgimento no seio da Ciência Política, bem como do funcionamento de seu ciclo de implementação. Em seguida, descreve-se resumidamente o histórico das políticas de saúde no Brasil, e a evolução do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir do sistema contributivo que vigorava antes do advento da Constituição Cidadã, para a estrutura atual permeada por diversas atualizações. Ao final deste primeiro capítulo, discorre-se sobre as políticas de assistência farmacêutica, que se tornam cada vez mais relevantes na medida em que representam o maior quantitativo de demandas judiciais na área da saúde, destacando-se também como parcela considerável dos gastos públicos.

No capítulo seguinte, busca-se elucidar o conceito de judicialização da política, abordando-se algumas das teorias acerca de sua origem e

desenvolvimento. São pontuados os entendimentos acerca da constitucionalização de direitos, do controle de constitucionalidade e do ativismo judicial, para, na sequência, apresentar uma análise sobre a judicialização das políticas públicas de saúde e assistência farmacêutica no Brasil.

No último capítulo, a abordagem gira em torno da questão dos reflexos das demandas judiciais por medicamentos sobre a formulação de políticas públicas de Assistência Farmacêutica. Procura-se elucidar os aspectos positivos e negativos da crescente intervenção judicial na área, os prejuízos e benefícios que as determinações judiciais acarretam à organização do sistema e os resultados práticos ao orçamento público e ao atendimento dos usuários do SUS.

O estudo foi elaborado com base em pesquisa bibliográfica, através da análise da literatura referente a políticas públicas, direito à saúde e judicialização, além de pesquisa documental, nos dispositivos legais que compõem o arcabouço jurídico associado ao direito fundamental à saúde, como a Constituição Federal de 1988, leis, decretos, portarias e outros instrumentos normativos. Foram realizadas também pesquisas empíricas em dados primários, caracterizadas pelo levantamento de decisões judiciais em sede do Tribunal Regional Federal da 4ª Região e do Tribunal de Justiça do Estado do Paraná.

Foram utilizadas como fontes de pesquisa as bases de dados Lilacs e Scielo, o banco de teses e dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)/Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, além da ferramenta de pesquisa Google Scholar. Os argumentos de pesquisa empregados foram as expressões “políticas públicas de saúde”, “assistência farmacêutica”, “judicialização da saúde”, “decisões judiciais e orçamento”.

As ações judiciais que serviram como base para o comparativo entre as demandas judiciais por medicamentos, nos períodos anteriores e

posteriores a sua inclusão pelas listas Rename, foram pesquisadas nos sítios oficiais do Tribunal Regional Federal da 4ª Região e do Tribunal de Justiça do Estado do Paraná, nos links destinados à consulta jurisprudencial, e as buscas basearam-se nos nomes das substâncias relacionadas nas tabelas dos novos medicamentos trazidos pelas listagens disponíveis nas edições da Rename utilizadas no estudo (2006, 2008, 2010).

2 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

2.1 POLÍTICAS PÚBLICAS

As políticas públicas representam ações estatais direcionadas à solução de problemas sociais. Segundo Bucci (1996, p. 90), sua amplitude supera a acepção de serviço público, na medida em que compreende também as funções de coordenação e de fiscalização dos agentes públicos e privados.

Höfling (2001, p. 30) define políticas públicas a partir da ideia de “Estado em ação” concebida por Gobert e Muller (1987), associada à concretização de projetos de governo decorrentes de um processo de tomada de decisão em que atuam organizações e agentes sociais interessados.

O conceito corresponde ao sistema de decisões públicas destinadas à manutenção ou modificação de questões sociais, através da definição de objetivos e das estratégias de atuação e alocação dos recursos necessários a atingi-los (SARAVIA, 2006, p.29).

A repercussão das políticas públicas nos diversos campos sociais despertou o interesse de pesquisadores de distintas áreas do conhecimento, como economia, ciência política, sociologia, antropologia, geografia, planejamento e gestão (SOUZA, 2006, p. 25).

Segundo Frey (2000), pesquisas sobre políticas públicas nos Estados Unidos surgiram nos anos 1950, sob a designação de *Policy Science*. A disciplina surgiu como subárea da ciência política, sustentada pelos pressupostos de que, em democracias estáveis, a atuação

governamental é passível de formulação científica e, portanto, capaz de figurar como objeto de pesquisas

A disciplina surge como subárea da ciência política, e define-se, a partir da tradição norte-americana, inicialmente segundo a perspectiva de Madison, para quem as instituições são consideradas fundamentais à limitação da tirania e das paixões inerentes à natureza humana. Segue pela ótica de Paine e Tocqueville, que apontavam as organizações locais como espaços de desenvolvimento da consciência cívica, qualidade essencial para a promoção do “bom” governo. Por fim, alcança a posição de ramo da ciência política associado à análise do como e do por que os governos optam por determinadas ações (SOUZA, 2006, p. 22).

Souza (2006, p. 23) aponta como precursores dos estudos na área quatro grandes nomes: Laswell, Simon, Lindblom e Easton. Segundo a autora, Lasswell cunhou a expressão “*policy analysis*”, objetivando definir a “forma de conciliar o conhecimento científico/acadêmico com a produção empírica dos governos e também como forma de estabelecer o diálogo entre cientistas sociais, grupos de interesse e governo”, definindo o estudo das políticas públicas a partir das seguintes questões: “quem ganha o quê, por quê, e que diferença faz”.

As pesquisas no campo das políticas públicas, portanto, desenvolveram-se com base em modelos explicativos que definem o como e o porquê das escolhas e respectivas ações governamentais (SOUZA, 2006, p. 28).

No ano de 1951, Lasswell e Lerner publicaram a obra “The Policy Sciences”, na qual formularam o conceito de “*policy sciences*” para caracterizar um conjunto de métodos destinados a investigar os processos políticos. Na mesma obra foi proposto um arranjo elucidativo da composição do processo de produção das políticas públicas, dividindo-o nas seguintes fases: informação, promoção, prescrição, invocação, aplicação, término e avaliação (RUA; ROMANINI, 2013, p. 3).

As etapas que integram o processo de formulação das ações governamentais incluem: o estabelecimento de uma agenda; a especificação das alternativas a partir das quais as escolhas são feitas; uma escolha final entre essas alternativas específicas, por meio de votação no Legislativo ou decisão presidencial; e a implementação dessa decisão. (KINGDON, 2006, p. 221)

O primeiro passo para o desenvolvimento das políticas públicas é a identificação de problemas ou questões relevantes, o que possibilita a elaboração de programas e projetos capazes de solucionar as adversidades e transpor os obstáculos à promoção do bem estar social.

Todo programa ou projeto de caráter social tem sua origem baseada em um problema e configura-se através da distribuição de bens ou serviços aos beneficiários finais, com o fim de reduzir as desigualdades entre os distintos setores que compõem a sociedade. De acordo com Cohen e Martínez, a clara identificação dos problemas permite conhecer sua magnitude e suas lacunas, o que favorece a delimitação dos objetivos destinados a diminuí-lo ou eliminá-lo (COHEN; MARTÍNEZ, 2004, p. 5).

Identificados os problemas, torna-se necessária a elaboração de uma lista de prioridades, considerando-se os recursos disponíveis para solucioná-los - nisto consiste a elaboração da agenda. Além das demandas sociais, interferem nesta composição os diversos grupos de interesse engajados nos setores que interagem na arena política.

Nesta fase é essencial a atuação de um grupo técnico que verifique a viabilidade dos recursos materiais, econômicos, técnicos, pessoais disponíveis e necessários à fundamentação da proposta escolhida. (DIAS; MATOS, 2012, p. 76).

Na obra “Agendas, Alternatives e Public Policies”, Kingdon (2003) suscita a seguinte questão: “Por que alguns problemas se tornam importantes para um governo?”. O autor pontua três mecanismos que integram o processo de transformação de uma condição em um problema:

indicadores; eventos, crises e símbolos; e *feedback* das ações governamentais. Os primeiros estão associados a interpretações de dados quantitativos que revelam a necessidade ou não de uma intervenção. Eventos, crises e símbolos correspondem a situações de grande magnitude que destacam e dão relevância a problemas já existentes. O *feedback* das ações governamentais possibilita o acompanhamento e monitoramento das ações estatais (CAPELLA, 2005, p. 5).

As alternativas mais eficientes, sob critérios administrativos, financeiros e políticos serão objeto do planejamento e da organização dos recursos disponíveis, durante a implementação. Esta fase consiste em um conjunto de ações desenvolvidas por agentes públicos e privados, delineadas através dos preceitos legais a elas atinentes e da conjugação das decisões adotadas ao longo do processo decisório. Compreende a elaboração de projetos, previsão orçamentária, formação de equipes, contratação de pessoal, etc (RUA, 2009, p. 95).

A implementação não se resume à simples execução, pois, na prática, ocorrem modificações essenciais ao alcance dos objetivos desenhados, em razão da imprevisibilidade de inúmeros fatores que configuram o contexto social. Não é, portanto, dissociada da formulação das políticas, uma vez que, em determinados ambientes burocráticos, é concedido aos executores um amplo espaço discricionário, em que muitas das decisões relevantes ao processo político são tomadas no momento da aplicação de políticas setoriais (SILVA; MELO, 2000, p. 10-1).

As ações desenvolvidas no decorrer do ciclo de políticas públicas dependem de acompanhamento e supervisão. Frey (2000, p. 229) ressalta a imprescindibilidade da avaliação das políticas para o desenvolvimento contínuo da atuação pública.

Na última fase do ciclo de políticas públicas, as ações governamentais são analisadas em razão de seus efeitos e consequências sociais. Os resultados dos programas implementados são objeto de

apreciação, a fim de se determinar a adequação aos objetivos inicialmente propostos e de mensurar possíveis efeitos negativos, buscando aprimorar as ações e rever os métodos empregados.

Dias e Matos (2012, p. 84) consideram a avaliação fundamental para o sucesso das políticas públicas, e asseveram que não deve ser realizada apenas ao final do processo, mas sim permear todas as fases do ciclo de políticas públicas. É a avaliação que permite ao gestor verificar quais as ações mais eficientes e possibilita decidir pela modificação, continuidade ou exclusão de uma política ou programa público.

Neste sentido, a Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico (OCDE), define avaliação como “a apreciação sistemática e objetiva de um projeto, programa ou política”, que objetiva verificar a realização dos objetivos, adotando critérios como pertinência, eficácia, impacto e sustentabilidade.

2.2 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

Em 24 de janeiro de 1923, foi aprovada pelo Congresso Nacional a Lei Eloi Chagas, que instituiu as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAP's), considerada o marco inicial da previdência social no Brasil (MERCADANTE, 2002, p. 237).

As CAP's, cuja criação dependia da mobilização dos trabalhadores interessados, eram custeadas por empresas e seus empregados, e possuíam administração própria. Em 1930, havia 47 caixas, com 142.464 segurados ativos, 8.006 aposentados, e 7.013 pensionistas (MERCADANTE, 2002, p. 237).

Posteriormente, as CAP's são substituídas pelos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP's), cuja organização compreendia categorias profissionais (marítimos, comerciários, bancários). Segundo aponta Souza (2002, p. 12), a fusão dos IAP's resultou na criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que posteriormente foi desdobrado em Instituto de Administração da Previdência Social (IAPAS), Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) (MERCADANTE, 2002, p. 238).

Na década de 70, na esteira reorganização social em prol da democratização, surge, entre os profissionais da saúde, um movimento sanitário pautado pela crítica ao modelo vigente e pela promoção de alternativas capazes de transformar positivamente o sistema de saúde no país. (RODRIGUEZ NETO, 1998, p. 9).

Durante o 1º Simpósio de Política Nacional de Saúde, promovido pela Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados, no ano de 1979, o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), representando o Movimento Sanitarista, apresentou propostas de democratização e universalização do acesso à saúde, e de estruturação do sistema de saúde

de forma descentralizada e pautada na participação popular (RODRIGUEZ NETO, 1998, p. 9).

Dentre as propostas apresentadas pelo CEBES, destacou-se a da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) através do documento intitulado “A questão democrática na área da saúde” (PAIM, 2009, p.31).

Tal proposta concretiza-se como projeto no Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde – CNS -, realizada de 17 a 21 de março de 1986 em Brasília. Após a Conferência, o Movimento Sanitarista articulou-se para que tal projeto fosse inserido no texto constitucional.

Uma das principais demandas do Movimento Sanitarista, a universalização da assistência à saúde, tem início com o fim da exigência da Carteira de Segurado do INAMPS para o atendimento nos hospitais próprios e conveniados da rede pública. O passo seguinte foi a criação do Programa de Desenvolvimento de Sistemas Unificados e Descentralizado de Saúde nos Estados (SUDS), através do Decreto nº. 94.657, de julho de 1987, determinando a celebração de convênios entre o INAMPS e governos estaduais (COHN, 1987, p. 2).

Em 1988, a nova Constituição foi aprovada pela Assembleia Nacional Constituinte, trazendo em seu bojo muitos dos conceitos e propostas do Movimento Sanitarista, em especial, a universalização do acesso, através da implementação do Sistema Único de Saúde – SUS.

A Carta Constitucional definiu princípios, diretrizes e competências do Sistema Único de Saúde, de forma geral. O detalhamento das competências e atribuições dos entes federativos somente ocorreu com o advento da Lei 8080, de 19 de setembro de 1990, Lei Orgânica da Saúde, que instituiu o SUS.

Com a publicação do decreto n.º 99.060, de 7 de março de 1990, o INAMPS foi transferido do Ministério da Previdência para o Ministério da Saúde, mas somente foi extinto com a promulgação da Lei nº 8.689, de 27

de julho de 1993, portanto quase três anos após a criação do SUS (MERCADANTE, 2002, p. 238).

A responsabilidade pela execução das políticas públicas direcionadas à promoção da saúde, segundo o disposto nos artigos 198 a 200 do texto constitucional, foi atribuída ao Sistema Único de Saúde. O SUS abrange as esferas federal, estadual e municipal e objetiva prover “assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas”, e “a formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção” (BRASIL, 1988).

O sistema do SUS é baseado em princípios e diretrizes que definem todo o seu funcionamento. A universalidade garante o acesso às ações e serviços que integram os diversos níveis de assistência, independentemente de custo, complexidade e natureza dos serviços. A equidade refere-se à igualdade de acesso, significando que a assistência deve ser prestada sem qualquer privilégio ou discriminação. Integralidade é conceito vinculado à articulação das diversas ações e serviços de saúde, bem como das esferas política, econômica e social. A descentralização compreende a organização dos serviços de forma regionalizada (divisão geográfica) e hierarquizada (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2009, apud OLIVEIRA, 2014, p. 25).

Além das diretrizes e princípios constitucionais, devem-se considerar os objetivos prescritos pelo art. 5º da Lei Federal 8.080/90: identificar e divulgar os fatores condicionantes e determinantes da saúde; formular políticas de saúde; promover, proteger e recuperar a saúde a partir de ações assistenciais e de atividades preventivas (BRASIL, 1990).

O Pacto pela Saúde, instituído em 2006, por meio da Portaria GM/MS nº 399 enfatizou as necessidades de saúde da população brasileira e determinou a definição das prioridades articuladas entre as três esferas de

gestão do SUS, obedecendo aos princípios associados à diversidade operativa, às diferenças regionais. Reforçou a necessidade de agregar pactos anteriormente existentes e reforçar a organização das regiões sanitárias, adotando mecanismos de planejamento e controle social, além de redefinir os instrumentos de regulação, programação e avaliação, valorizando a cooperação técnica entre os gestores. O pacto possibilitou efetivar acordos entre as três esferas de gestão para a redefinição de responsabilidades na satisfação das necessidades de saúde da população e na busca pela equidade social (OLIVEIRA, 2014, p. 24).

De acordo com o artigo 16 da Lei Orgânica da Saúde (Lei Federal nº 8.080/90), à União compete adotar políticas gerais de saúde, definir e coordenar sistemas de redes integradas de assistência de alta complexidade e estabelecer normas de vigilância sanitária, bem como promover a descentralização dos serviços e ações de saúde de abrangência estadual e municipal, aos respectivos entes federativos. (BRASIL, 1990)

Ao Ministério da Saúde compete a gestão dos recursos federais e a formulação das políticas nacionais, além do planejamento, normatização, avaliação e instrumentalização do SUS (Ministério da Saúde, 2006, p. 8).

A concretização dos programas e planos desenvolvidos pelo Ministério da Saúde é de responsabilidade dos estados e municípios, que, através de suas secretarias, devem aplicar recursos próprios e os resultantes dos repasses da União. A eles também impende a formulação de políticas públicas e a coordenação do SUS nas respectivas esferas de atuação.

Neste sentido, o Decreto Presidencial nº 7.508/2011 regulamentou a Lei nº 8.080/90, dispondo sobre a organização do SUS, o planejamento e a assistência à saúde. Determinou que a forma de garantir o acesso universal, e igualitário às ações e serviços de saúde é estabelecer um tratamento integral, que se inicie pelas “portas de entrada do SUS”,

alcançando a rede regionalizada e hierarquizada, de acordo com a complexidade do caso (OLIVEIRA, 2014, p. 24).

No âmbito municipal, as políticas públicas de saúde são aprovadas pelo Conselho Municipal de Saúde (CMS) e no estadual, são negociadas na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), espaço de articulação entre representantes das esferas estaduais e municipais, onde são definidas estratégias e planos de alocação de recursos do SUS, no âmbito estadual. As propostas apresentadas são deliberadas no Conselho Estadual de Saúde (CES), formado por diversos segmentos da sociedade, como usuários do sistema, representantes de classes, profissionais da saúde e gestores públicos. (MS, 2006, p. 19).

No âmbito federal, as políticas são negociadas na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), composta por representantes do Ministério da Saúde e das secretarias estaduais e municipais de saúde (MS, 2006, p. 5).

O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) é composto pelos secretários de saúde dos estados, que atuam como representantes dos gestores estaduais junto à CIT. Possibilita o debate e o intercâmbio das experiências regionais, com vistas ao aprimoramento das políticas de acordo com as diretrizes constitucionais (MS, 2006, p. 20).

O Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) é constituído pelos secretários municipais de saúde e tem a função de formular e propor políticas, promover o intercâmbio de experiências, apoiar os municípios e representá-los na CIT (MS, 2006, p. 20).

A Comissão Intergestores Tripartite (CIT) reúne representantes dos estados, municípios, do Distrito Federal e da União, sendo cinco indicados pelo Ministério da Saúde, cinco pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e cinco pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems), perfazendo um total de quinze membros, a quem

competer definir diretrizes e projetos para o investimento dos recursos do SUS (MS, 2006, p. 19).

Um dos setores essenciais para elaboração de políticas de saúde é a Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS), que se caracteriza como um processo de análise dos impactos clínicos, sociais, éticos e econômicos da implementação das tecnologias de saúde (medicamentos, equipamentos, procedimentos terapêuticos, etc) sobre uma população, considerando-se aspectos como segurança, eficácia, efetividade e custos (MS, 2006)

A institucionalização do processo de avaliação de tecnologias em saúde, visando ao desenvolvimento científico e tecnológico no âmbito do Ministério da Saúde, foi consolidada com a criação da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE), em 2003 (LARANJEIRA, 2014).

Em 2006 foi criada a Comissão para incorporação de Tecnologias (CITEC), com a atribuição de deliberar sobre solicitações de incorporação de tecnologias, bem como analisar, revisar e modificar protocolos atinentes às tecnologias já implementadas, adequando-os às necessidades do sistema de saúde. Inicialmente vinculada à Secretaria de Atenção à Saúde, no ano de 2008 a comissão foi integrada à Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos - SCTIE/MS (LARANJEIRA, 2014).

Em substituição à CITEC, a Lei nº 12.401/11, regulada pelo Decreto 7.646/11, criou a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC), órgão colegiado permanente, vinculado à Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE), responsável pela incorporação de novas tecnologias no SUS. Ao Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde (DGITS), criado em 2013, compete subsidiar as atividades da CONITEC e contribuir para a promoção do acesso e do uso racional de tecnologias seguras e eficientes (LARANJEIRA, 2014).

A nova legislação estabeleceu mudanças no processo administrativo adotado para a incorporação de tecnologias, definindo o prazo de 180 dias, prorrogáveis por 90 dias, para a análise dos requerimentos , e o prazo de 180 dias, a partir da publicação da decisão, para a efetiva disponibilização do medicamento ou tratamento . Outra contribuição essencial foi a instituição de mecanismos de controle popular, como a consulta pública, e a participação dos membros do CONASS, dos CONASSEMS e do Conselho Federal de Medicina nas deliberações do Plenário da comissão (BRASIL, 2011).

Três subcomissões atuam junto ao Plenário da CONITEC, provendo informações técnicas sobre Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas - PCDT, atualização da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - RENAME e da Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde - RENASES (BRASIL, 2011).

2.3 POLÍTICAS DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Com a criação do SUS, instituiu-se, também, o direito à assistência farmacêutica, posteriormente consolidado através da Política Nacional de Medicamentos (CHIEFFI; BARATA, 2009, p. 1840). A PNM foi instituída pela Portaria MS/GM n.º 3916, de 30 de outubro de 1998, com o objetivo de garantir o acesso aos medicamentos considerados essenciais.

O primeiro impacto da instituição da nova política de medicamentos foi a ampliação dos recursos financeiros destinados ao setor. No âmbito federal, os gastos com assistência farmacêutica saltaram de 230,7 milhões de reais, em 1996, para 925 milhões de reais, em 1999 (ROMERO, 2008, p. 5).

Com base nas diretrizes aprovadas na I Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica, realizada no ano de 2003, e conforme aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) foi assim definida pela Resolução nº 338:

Um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e seu uso racional. Este conjunto envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população. (BRASIL, 2004)

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define assistência farmacêutica como o conjunto de serviços e atividades vinculadas aos medicamentos, bem como o seu fornecimento a pacientes hospitalizados e ambulatoriais, atendendo aos critérios de qualidade estabelecidos.

Parte essencial dos serviços e programas de saúde, a assistência farmacêutica destaca-se como campo multidisciplinar em que profissionais de diversas áreas integram as pesquisas, desenvolvimento e produção dos medicamentos e insumos médicos (BERMUDEZ; OLIVEIRA; OSÓRIO-DE-CASTRO, 2007, p. 1). Compreende a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, visando ao acesso e uso racional dos medicamentos, seu insumo essencial. Envolve também “a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços”. Além disso, refere-se ao acompanhamento e à avaliação das ações que a integram, a fim de garantir o alcance de resultados favoráveis à melhoria da qualidade de vida da população (Conselho Nacional de Saúde, 2004).

O marco inicial da efetivação da assistência farmacêutica como política pública no Brasil foi a instituição da Central de Medicamentos (CEME), criada através do Decreto 68.806, de 25 de junho de 1971, com o objetivo de promover e organizar o fornecimento de medicamentos aos menos favorecidos economicamente e ampliar a assistência farmacêutica em todo o território nacional. (BRASIL, 1971).

A CEME foi o órgão responsável pela assistência farmacêutica no Brasil até a sua desativação, no ano de 1997, quando outros órgãos e setores do Ministério da Saúde assumiram suas atribuições (BRASIL, 2007).

Em seguida à extinção da CEME, o Ministério da Saúde criou o Programa de Farmácia Básica, que centralizou a aquisição e distribuição a estados e municípios do Kit de Farmácia Básica, composto por cerca de quarenta medicamentos. Em 1998, o programa ganhou maior amplitude e atingiu um número maior de municípios, mas, ainda no mesmo ano, foi substituído pela Política Nacional de Medicamentos, “instrumento norteador das ações do Ministério da Saúde no campo da política de medicamentos do setor público” (ROMERO, 2008, p. 4).

Em 1975, através da Portaria nº 223, do Ministério da Previdência e Assistência Social, foi instituída a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais. A Rename foi estabelecida de acordo com as políticas de acesso a medicamentos da Organização Mundial da Saúde (OMS), “contempla um elenco de produtos necessários ao tratamento e controle da maioria das patologias prevalentes no País” e garante a padronização do fornecimento de medicamentos no âmbito do SUS, servindo de base para a elaboração das listas estaduais e municipais (PEREIRA, 2010, p. 16).

A primeira lista de medicamentos essenciais foi elaborada em 1964, sob a denominação de Relação Básica e Prioritária de Produtos Biológicos e Matérias para Uso Farmacêutico Humano e Veterinário (MS, 2010), e desde então passou por diversas atualizações. Atualmente está em vigor a

Rename 2013, elaborada segundo as definições do Decreto nº 7.508/2011 (MS, 2013).

A lista é constantemente revisada e atualizada pela Comissão Técnica e Multidisciplinar de Atualização da RENAME (Comare), constituída por representantes do MS, de universidades, conselhos profissionais e gestores do SUS, além de associações médicas e representantes da sociedade civil.

No âmbito do SUS, a assistência farmacêutica foi organizada em quatro segmentos: a Assistência Farmacêutica Básica; os Medicamentos Estratégicos; os Medicamentos de Dispensação em Caráter Excepcional; os Medicamentos de Saúde Mental (ROMERO, 2008, p.4).

A Assistência Farmacêutica Básica, voltada para a atenção básica à saúde, foi implementada pelo Programa de Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica, baseado na transferência de recursos federais a estados e municípios habilitados junto ao Ministério, e comprometidos a disponibilizar recursos financeiros, materiais e humanos, para obter medicamentos específicos, constantes da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME). A listagem dos medicamentos foi definida pelo Ministério da Saúde, em conjunto com as secretarias parceiras, entre março de 1999 e agosto de 2000, considerando critérios epidemiológicos (ROMERO, 2008, p.5)

Os medicamentos básicos são adquiridos pelas secretarias estaduais e municipais de saúde, enquanto os considerados estratégicos, por integrarem programas específicos de governo, e os antirretrovirais, são obtidos pelo Ministério da Saúde. Os valores gastos pelas secretarias com medicamentos excepcionais, caracterizados pelo alto custo ou pela continuidade do tratamento, são parcialmente ressarcidos pelo Ministério da Saúde, mediante comprovação de entrega ao paciente (MS, 2006, p. 6)

A aquisição dos medicamentos estratégicos, destinados ao tratamento de doenças endêmicas, como tuberculose, aids, malária,

diabetes, é centralizada pelo Ministério da Saúde, sendo distribuídos aos estados e municípios, de acordo com a necessidade. (ROMERO, 2008, p.5)

Medicamentos de dispensação em caráter excepcional, considerados de alto custo, prescritos no tratamento de doenças neurológicas, auto-imunes, hepatites e no pós-transplante, bem como os de saúde mental, são adquiridos através de repasse de recursos financeiros do Ministério da Saúde para os estados e municípios, os quais também devem apresentar contrapartida financeira dos estados e municípios. (ROMERO, 2008, p.5)

A Política Nacional de Medicamentos obedece à visão sistêmica do Ciclo de Assistência Farmacêutica (BERMUDEZ; OLIVEIRA; OSÓRIO-DE-CASTRO, 2007, p. 1,2), que compreende as atividades de seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição e utilização, esta última dividida em prescrição, dispensação e uso (PEPE et al., 2010, p. 2407).

Na etapa da seleção, determinam-se quais os medicamentos passarão a integrar as listagens oficiais e serão adquiridos pelo SUS. As listagens contemplam os fármacos vinculados ao atendimento das necessidades sanitárias específicas de cada localidade e se fundamentam em evidências científicas e na análise de prevalência de morbidades e de critérios técnicos de eficácia, efetividade, segurança e qualidade, além de fatores econômicos como custo e disponibilidade no mercado. (PEPE et al., 2010, 2407) Toda a análise deve ser acompanhada por profissionais da saúde, gestores, e aqueles cuja competência técnica possa transmitir a legitimidade necessária ao processo decisório (BERMUDEZ; OLIVEIRA; OSÓRIO-DE-CASTRO, 2007, p. 2,3).

Determinações judiciais muitas vezes não obedecem ao estipulado pelas listagens oficiais, e não raramente contemplam prescrições de medicamentos sem registro pela autoridade reguladora. Com isso, desconsideram a importância da etapa da seleção e, ao suprimi-la, abrem

espaço para estratégias de manipulação da indústria farmacêutica para inserção de seus produtos (PEPE et al., 2010, p. 2408).

A etapa seguinte é a de suprimento, que se inicia com a programação. Analisando-se a demanda, definem-se as quantidades e as especificações dos medicamentos a serem comprados, de acordo com a disponibilidade orçamentária, a estrutura do sistema e as regras burocráticas do processo de aquisição (BERMUDEZ; OLIVEIRA; OSÓRIO-DE-CASTRO, 2007, p.3).

A fase da programação viabiliza a disponibilidade dos medicamentos selecionados nas quantidades necessárias e no período adequado ao atendimento da população. Interferências judiciais podem desajustar a organização planejada, imputando responsabilidade a entes federativos diversos dos estipulados ou determinando a entrega de insumos em momentos não previstos no programa (PEPE et al., 2010, 2408).

A etapa de aquisição compreende o pedido, a elaboração do edital, a definição das quantidades, especificações, cronograma, análise da documentação dos fornecedores, das propostas, dos requisitos da entrega e o pagamento. (BERMUDEZ; OLIVEIRA; OSÓRIO-DE-CASTRO, 2007, p.4) O processo tem como principal norteador a Lei 8.666/93, que disciplina os processos de compras pelo poder público, que devem sempre ser precedidos por licitação, exceto em casos específicos de inexigibilidade, como em situações de calamidade pública ou urgência no atendimento. Aquisições de medicamentos judicialmente determinadas são normalmente consideradas emergenciais e realizadas com dispensa da licitação, o que pode resultar na facilitação de fraudes e gastos superfaturados (PEPE et al., 2010, 2408).

O armazenamento compreende o recebimento, a guarda, o controle de estoque e a expedição, obedecendo a critérios de manutenção da qualidade dos insumos e gestão de estoques. (BERMUDEZ; OLIVEIRA; OSÓRIO-DE-CASTRO, 2007, p.4)

É importante avaliar, de forma permanente, a estrutura física, a capacidade instalada, a modernização, a ampliação e os equipamentos necessários à estruturação da Assistência Farmacêutica, pois o armazenamento e a distribuição de medicamentos têm especial importância (CONASS, 2004).

Um dos principais problemas na implementação das políticas públicas de Assistência Farmacêutica, representando, inclusive fator determinante entre as causas da judicialização da saúde, conforme análise de Romero (2008, p. 9) baseada em dados do Tribunal de Contas da União e da Controladoria Geral da União, são as dificuldades gerenciais ocasionadas pela falta de estrutura institucional e organizacional de diversas secretarias estaduais e municipais de saúde, que não comportam as atribuições decorrentes das inúmeras inovações trazidas pelas políticas sanitárias mais recentes. Muitas dessas secretarias não cumprem o pactuado perante as Comissões Intergestoras, deixando de investir em farmácias, depósitos, meios de transporte e controle de estoque, o que resulta em condições inapropriadas de armazenamento e muitas vezes, na conseqüente perda de produtos e desabastecimento.

3 JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE

3.1 JUDICIALIZAÇÃO, ATIVISMO JUDICIAL E CONSTITUCIONALISMO

3.1.1 Judicialização Política

A judicialização implica uma transferência de poder para juízes e tribunais, na medida em que estes assumem papel proeminente em decisões socialmente relevantes e anteriormente atribuídas a outros órgãos, o que acarreta “alterações significativas na linguagem, na argumentação e no modo de participação da sociedade” (BARROSO, 2009, p. 3).

Conforme lecionam Maciel e Koerner (2002, p. 114), a judicialização “ implicaria um papel político mais positivo da decisão judicial do que aquele envolvido em uma não decisão”.

O conceito de judicialização da política foi inicialmente trazido por Neal Tate e Torbjörn Vallinder, na obra *The Global Expansion of Judicial Power* (1995), que foi introduzida no Brasil por Castro (1997) e passou a nortear os estudos sobre judicialização em nosso país. Além de conceituar a judicialização da política, os autores analisaram as causas e condições determinantes da expansão do fenômeno em diferentes países (CARVALHO, 2004).

Segundo Tate e Vallinder (1997, p. 13), a judicialização da política configura-se como “a infusão de um processo decisório judicial e de procedimentos típicos das Cortes em uma arena política em que os mesmos não foram previamente inseridos”.

No Brasil, em 1997, Ariosto Teixeira e Marcos Faro de Castro empregaram a expressão em estudo sobre as ações de inconstitucionalidade do Supremo Tribunal Federal, mas foi em 1999, com Vianna, que o termo foi adotado em seu sentido recorrente (CASTRO, 2012, p. 24).

Vianna et al, na obra “A judicialização da política e das relações sociais no Brasil” (1999) analisam a influência dos mecanismos de controle judicial implementados pela Carta Constitucional de 1988 na ampliação do protagonismo do Judiciário em questões políticas e sociais.

O Tribunal começa a migrar, silenciosamente, de coadjuvante na produção legislativa do poder soberano, de acordo com os cânones clássicos do republicanismo jacobino, para uma de ativo guardião da Carta Constitucional e dos direitos fundamentais da pessoa humana.” (VIANNA, 1999, p. 53).

Conforme aponta Carvalho (2004), seis condições definem um cenário propício à efetivação da judicialização: a existência de um sistema político democrático, a separação dos poderes, o exercício dos direitos políticos, o uso dos tribunais pelos grupos de interesse, o uso dos tribunais pela oposição e a inefetividade das instituições majoritárias.

No Brasil, em particular, os fatores determinantes para o desenvolvimento da judicialização seriam, segundo Verbicaro (2008, p. 390), os seguintes: promulgação da Constituição de 1988; universalização do acesso à justiça; amplitude normativa da Constituição; a decodificação do direito, a crise do formalismo e do positivismo jurídico; a ampliação da competência do STF; a hipertrofia legislativa; e a crise do legislativo brasileiro.

Barroso explica a judicialização como um fenômeno de causas múltiplas, algumas relacionadas a uma tendência mundial e outras ao modelo institucional brasileiro. Segundo o autor, a primeira causa apta a desencadear a judicialização no Brasil foi o processo de redemocratização,

que culminou com a promulgação da Carta de 1988. O Judiciário transformou-se em um poder político, sobrepondo-se a outros poderes, quando necessário à defesa dos mandamentos constitucionais. A consciência acerca da cidadania e da amplitude de direitos, determinou a proatividade dos cidadãos na busca da via judicial para a proteção de seus interesses (BARROSO, 2009, p. 24).

A segunda causa seria a constitucionalização abrangente, que alçou ao patamar constitucional inúmeras matérias antes adstritas ao âmbito da legislação ordinária. Com isso, diversos direitos assumiram o caráter de norma constitucional e passaram a ter valor de pretensão jurídica em potencial, legitimando a propositura de ações judiciais para sua satisfação (BARROSO, 2009, p. 24).

A terceira e última causa seria o abrangente sistema brasileiro de controle de constitucionalidade, que apresenta como elementos essenciais a possibilidade de qualquer juiz ou tribunal pode deixar de aplicar uma lei em um caso concreto, o controle judicial por ação direta exercido pelo Supremo Tribunal Federal, e o direito de propositura amplo que confere a inúmeras instituições a prerrogativa de propor ações diretas (BARROSO, 2009, p. 24).

Vianna et al falam de um “boom da litigação”, fenômeno de âmbito mundial observado nas democracias contemporâneas, que seria decorrente, sobretudo, do distanciamento entre representantes e representados. (VIANNA; BURGOS; SALLES, 2007, p. 41).

As deficiências institucionais que corrompem as instâncias originalmente vinculadas ao jogo político conduzem a um realinhamento das atribuições dos Poderes e, com isso, Direito e Política aproximam-se, e, muitas vezes, se confundem. Neste sentido leciona Castro:

A JdP [judicialização da política] ocorre porque os tribunais são chamados a se pronunciar onde o funcionamento do legislativo e do executivo se mostram falhos, insuficientes ou insatisfatórios. Sob tais condições ocorre uma certa aproximação entre Direito e Política e, em vários casos, torna-se difícil distinguir entre um “direito” e um “interesse político” (CASTRO, 1994, apud CASTRO 1997, p. 3).

Brandão (2013, p. 179) destaca a intervenção do Supremo Tribunal Federal em diversas questões políticas importantes, como o processo de impeachment do presidente da República, a apreciação da constitucionalidade de emendas constitucionais e o julgamento de atores políticos no caso “Mensalão” (Ação Penal 470). Refere-se também à fiscalização que o órgão exerce sobre o processo democrático, como ocorreu por ocasião dos debates sobre a previsão de reeleição para o cargo de chefe do Executivo, sobre fidelidade partidária, verticalização das coligações partidárias, e a “cláusula de barreira”. Além disso, pontua, a interferência do STF ainda atinge questões moralmente polêmicas, como a pesquisa com células-tronco embrionárias e aborto de fetos anencéfalos.

Tal proatividade nos induz a questionar a conceituação da atuação da Corte Suprema como judicialização ou ativismo judicial. Segundo Barroso, ambos os fenômenos são espécies do mesmo gênero. O primeiro seria decorrência do modelo constitucional vigente e não mero exercício de vontade política, enquanto o segundo representaria uma opção, uma manifestação da vontade de interpretar proativamente a Constituição, expandindo o seu sentido e alcance (BARROSO, 2009, p. 24).

3.1.2 Ativismo Judicial

Ativismo judicial é uma expressão adotada nos Estados Unidos para qualificar a atuação progressista da Suprema Corte quando presidida por Earl Warren, entre 1954 e 1969, que caracterizada inicialmente por adotar posturas conservadoras, posteriormente assumindo mudanças de orientação jurisprudencial de caráter progressistas e promoveu grandes mudanças sociais, em especial no que tange à ampliação dos direitos civis e políticos dos cidadãos americanos.

O Judiciário brasileiro tem dado, nos últimos tempos, muitas demonstrações de ativismo judicial (BARROSO, 2009, p. 26). A Corte, no entanto, tem sustentado a viabilidade da criação jurisprudencial, e o próprio ativismo, sob o argumento da necessidade de se regular a atuação estatal no que tange às prestações sociais, a fim de garantir sua conformação com os preceitos constitucionais. Nas palavras de Gilmar Mendes,

Nem se censure eventual ativismo judicial exercido por esta Suprema Corte, especialmente porque, dentre as inúmeras causas que justificam esse comportamento afirmativo do Poder Judiciário, de que resulta uma positiva criação jurisprudencial do direito, inclui-se a necessidade de fazer prevalecer a primazia da Constituição da República, muitas vezes transgredida e desrespeitada por pura, simples e conveniente omissão dos poderes públicos.

Segundo Barroso (2009, p. 25-6), “a ideia de ativismo judicial está associada a uma participação mais ampla e intensa do Judiciário na concretização dos valores e fins constitucionais, com maior interferência no espaço de atuação dos outros dois Poderes”.

3.1.3 Constitucionalismo

Segundo Brandão (2013, p. 180-1), as condições políticas fundamentais normalmente suscitadas pelos cientistas políticos para explicar a expansão do Judiciário, “tais como a estabilização da democracia, o grau de difusão do poder político, o sistema de governo, a forma de Estado, o nível de confiança pública nas instituições, etc” não configuram arcabouço elucidativo suficiente para a expansão do Judiciário, sendo essencial considerar “as características do sistema político-constitucional, tais como o perfil do catálogo de direitos fundamentais e do modelo de controle de constitucionalidade, o rol de competências da Suprema Corte e a relação entre extensão do texto constitucional e o grau de dificuldade da sua reforma (as referidas condições institucionais)”.

O advento das Constituições escritas representou o marco do constitucionalismo liberal clássico do séc. XVIII, no período pós revoluções americana e francesa, que definiram o modelo do Estado Liberal em contraposição ao absolutismo vigente. O movimento constitucionalista, naquele contexto, visava apenas à limitação do poder estatal e à proteção aos direitos civis e políticos dos indivíduos. (MACHADO, 2010, p. 4).

No século XX, diante das inúmeras desigualdades sociais ocasionadas pela ausência de qualquer tipo de controle estatal ao liberalismo econômico (MACHADO, 2010, p. 5), o Estado abandona a postura não intervencionista e assume a posição de “Estado prestacional, repartidor e distribuidor de riquezas” (TEIXEIRA, 2011, p. 15). Conforme

Ao contrário do constitucionalismo liberal, marcado pela defesa do individualismo racional, a garantia limitada dos direitos civis e políticos e a clara separação dos poderes, o constitucionalismo democrático prioriza os valores da dignidade da pessoa humana e da solidariedade social, a ampliação do âmbito de proteção dos direitos e a redefinição das relações entre os poderes do Estado (MACIEL e KOERNER, 2002, p. 123).

3.1.3.1 Constitucionalização dos direitos fundamentais sociais

Sob a égide do novo modelo, o Estado assumiu a responsabilidade pelas prestações positivas vinculadas à garantia dos direitos fundamentais sociais, visando à concretização da igualdade, tanto no sentido formal quanto material. (MACHADO, 2010, p. 5). Com isso, a Constituição foi dotada de supremacia sobre todo o sistema jurídico, o que estabelece a concepção de um Estado Constitucional. No mesmo sentido assevera Abreu:

No Estado de direito constitucional, as normas constitucionais definem o exercício do poder pelos governantes, o Executivo e o Legislativo incluídos, e cabe ao Judiciário verificar eventuais desacertos (inconstitucionalidades) de conduta” (ABREU, 2012, p. 26)

O constitucionalismo fundamenta-se, leciona Barcellos (2005, p. 83), sobre três premissas: a normatividade dos dispositivos constitucionais, dotados de imperatividade; a superioridade hierárquica da Constituição no ordenamento jurídico; e a centralidade da Carta, que subordina todos os demais ramos do Direito.

Considerando-se a vinculação do exercício do poder às regras jurídicas como aspecto essencial do Estado de Direito, infere-se que no Estado Constitucional impera uma ampla submissão aos dispositivos constitucionais (BARCELLOS, 2005, p. 95).

Conforme elucidam Carvalho e Marona,

No Brasil, a Constituição da República, de 1988, deslocou a cultura jurídica marcada pelo positivismo de caráter privatista, do que resultou a ampliação da concepção dos direitos fundamentais, concebidos como afirmações de princípios que constituem programas de ação, objetivos que implicam o dever de ação do Estado, cuja efetivação é de autoria “do círculo de intérpretes na esfera judicial (CARVALHO; MARONA, 2010, p. 7).

A Carta de 1988 contemplou inúmeros direitos sociais prestacionais, instituindo uma ordem jurídica nacional própria de um Estado Constitucional.

A Constituição Federal de 1988 classifica-se como programática ou dirigente, tendo em vista que estabelece programas de ação a serem concretizados pelos poderes públicos. Tal caráter programático remete à ideia da necessidade de intervenção do legislador ordinário para a plena efetivação de seu conteúdo, o que, segundo leciona Canotilho (2008), não significa dizer que carece de positividade jurídica:

Não deve, pois, falar-se de simples eficácia programática (ou directiva), porque qualquer norma constitucional deve considerar-se obrigatória perante quaisquer órgãos do poder político (CRISAFULI). Mais do que isso: a eventual mediação concretizadora, pela instância legiferante, das normas programáticas, não significa que este tipo de normas careça de positividade jurídica autônoma, isto é, que a sua normatividade seja apenas gerada pela interpositio do legislador; é a positividade das normas-fim e normas-tarefa (normas programáticas) que justifica a necessidade da intervenção dos órgãos legiferantes. (CANOTILHO, 2008, p. 1177).

Os dispositivos constitucionais traduzem a finalidade da ação estatal, os valores e convicções sociais que sustentam a própria nação, o que define a carga de imperatividade de que são dotados, e da qual se infere a obrigatoriedade de sua implementação pelo Poder Público. A liberdade de conformação do legislador reside em escolher quais as soluções normativas melhor se adéquam ao cumprimento daquelas imposições (CANOTILHO, 2008, p. 483).

3.1.3.2 Jurisdição e Controle Constitucional

O Estado Democrático de Direito caracteriza-se pela força normativa da Constituição e pela sua instrumentalidade, que garante aos cidadãos os mecanismos jurídico-legais aptos a exigir o cumprimento dos direitos constitucionais (GERVASONI, 2011, p. 23).

A fim de garantir a operacionalização dos seus preceitos, a Constituição previu diversos mecanismos capazes de engendrar um controle eficiente da consonância constitucional das leis e demais atos normativos.

Ginsburg (2008, p. 81) conceitua o poder de derrubar leis e atos administrativos incompatíveis com a Constituição como “constitutional review” e o considera uma inovação do sistema constitucional norte-americano. O autor descreve três fases (ou “ondas”) do desenvolvimento do constitutional review. A prática tem origem no célebre julgamento de John Marshall no caso *Marbury v. Madison* (1803), alicerçada nos conceitos de Lei Maior, contrato social e constituição escrita, que conjugam o ideal da supremacia constitucional. A segunda fase advém do modelo de revisão constitucional de Hans Kelsen, originalmente consagrado na Constituição austríaca de 1920. Diante de um padrão de supremacia parlamentar, surgiu a necessidade de se criar uma Corte Constitucional especial, dissociada do Judiciário. Este modelo tornou-se a base para as Cortes europeias no segundo pós guerra, e acompanhou o desenvolvimento da previsão constitucional das garantias fundamentais, determinando a vinculação do constitutional review à defesa dos direitos humanos. A terceira onda democrática e, em especial, a queda do Muro de Berlim, conduziram a uma dispersão do sistema a diversas partes do mundo, tornando corrente a criação de cortes constitucionais encarregadas do judicial review (GINSBURG, 2008, p. 81-6).

O sistema brasileiro de controle de constitucionalidade figura como um dos mais amplos do mundo, combinando aspectos do sistema americano e do europeu. Do primeiro, assimilou o controle incidental e difuso, permitindo que qualquer juiz declare a inconstitucionalidade de lei em sede de casos concretos. Do modelo europeu apreendeu o controle concentrado, via ação direta, em que a compatibilidade com os dispositivos constitucionais, de uma lei em tese, é avaliada pelo Supremo Tribunal Federal (BARROSO, 2009, p. 4).

A inconstitucionalidade é a característica da lei ou ato normativo que confronta os preceitos constitucionais, no seu aspecto formal ou material. No primeiro caso, verifica-se por um vício em sua “forma”, no seu processo de formação, e no segundo, corresponde à inconformidade constitucional de sua matéria, de seu conteúdo.

Ao suscitar o exercício do controle difuso de constitucionalidade, não se objetiva propriamente a verificação da adequação constitucional da lei, mas apenas a concessão do pedido, cujo fundamento reside justamente na declaração da inconstitucionalidade daquele ato normativo (ROMANELLI, 2012, p. 62).

O controle abstrato, ou concentrado, de constitucionalidade, característico do sistema europeu, ou austríaco, tem origem na Constituição da Áustria de 1920, sob os preceitos doutrinários de Hans Kelsen. Não é suscitado diante de um caso concreto, mas em tese, perante lei ou ato normativo considerado incompatível com a norma constitucional. Nesta modalidade, a declaração de constitucionalidade ou inconstitucionalidade surte efeitos para todos (*erga omnes*).

No Brasil, o controle concentrado é instrumentalizado através das seguintes ações: i) ADI (ação direta de inconstitucionalidade) genérica – art. 102, I, “a”, primeira parte; ii) ADC (ação declaratória de constitucionalidade) – art. 102, I, “a”, segunda parte; iii) ADI por omissão (ação direta de inconstitucionalidade por omissão) – art. 103, § 2º; iv) ADI interventiva (ação

direta de inconstitucionalidade interventiva) – art. 36, III; v) ADPF (arguição de descumprimento de preceito fundamental) – art. 102, § 1º.

Os mecanismos de controle de leis e atos normativos podem ser operados por indivíduos e instituições, em ações que contemplam interesses individuais e coletivos, ou pelos integrantes do rol de legitimados, nos casos de controle abstrato de constitucionalidade (BARCELLOS, 2008, p. 10).

A ampliação dos instrumentos disponíveis à jurisdição constitucional promoveu a configuração do Judiciário nos moldes de um poder moderador, responsável por definir questões de natureza substantiva, e atuar na validação e legitimação das ações dos outros Poderes (VIEIRA, 2009, p. 445).

Sob a perspectiva funcionalista, a divisão vertical (federalismo) e horizontal (separação dos poderes) do poder político acarreta conflitos entre entes federativos e Poderes, e a busca por soluções deságua no Judiciário (BRANDÃO, 2013, p. 190).

Brandão (2013, p. 187) destaca haver significativo consenso doutrinário acerca da relação direta entre a fragmentação do poder político decorrente dos processos de democratização e a expansão do Judiciário.

A democracia aumenta a incerteza eleitoral, de maneira que grupos políticos temerosos de perder as futuras eleições terão fortes incentivos em estimular a “constitucionalização” para que sejam impostos limites materiais ao poder do grupo vitorioso, evitando que as eleições se tornem um jogo em que o vencedor leva tudo (GINSBURG apud BRANDÃO, 2013, p. 189).

Neste sentido, Vianna, Burgos e Salles (2007, p. 69,70) demonstraram o uso estratégico do controle de constitucionalidade por partidos de oposição, utilizando dados sobre as ADIs propostas durante os governos de Fernando Henrique Cardoso e de Luiz Inácio “Lula” da Silva. Durante o mandato do primeiro, os partidos de oposição propuseram 63,3%

das ADIs, enquanto os de coalizão, 18,9%; No governo Lula, partidos de base aliada propuseram apenas 6% das ADIs, e os de oposição 73%.

3.2 JUDICIALIZAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS

É indiscutível o papel central ocupado hoje pelo Judiciário na definição e na própria formulação das políticas públicas, que deixaram de ser objeto apenas de revisão e controle pelos tribunais.

Entre a temática que integra os debates sobre o constitucionalismo contemporâneo, o protagonismo judicial recebe destaque, especialmente no que tange a sua legitimidade (GERVASONI, 2011, p. 10).

No exercício da função jurisdicional, o magistrado soluciona controvérsias através da aplicação do direito ao caso concreto. A grande quantidade de normas indeterminadas que compõem nosso ordenamento jurídico, no entanto, contribui para que a atuação judicial aproxime-se da atividade normativa, conferindo relevante papel criativo aos tribunais.

Inúmeros fatores concorrem para que a formalização das políticas públicas não atinja o ideal democrático constitucionalmente previsto. Conforme assevera Fonte (2003, p. 193), “séculos de negligência estatal criaram um enorme contingente de marginalizados, que exigem cada vez mais políticas e serviços públicos, ao passo que os administradores não são capazes de dar efetividade ao texto constitucional e fazer frente a essa demanda por direitos”.

Recorrentes omissões e afrontas à concretização dos direitos e garantias fundamentais suscitam uma postura proativa por parte do Judiciário, pois, conforme revela Dworkin (1999, p.44), "o objetivo da

decisão judicial constitucional não é meramente nomear direitos, mas assegurá-los, e fazer isso no interesse daqueles que tem tais direitos".

Ademais, constantes notícias sobre corrupção e má utilização dos recursos públicos motivam a descrença da população em relação aos poderes políticos. A crise da representação política e da própria democracia, segundo Garapon (1999, p. 26), determina o enfraquecimento dos poderes Legislativo e Executivo e a consequente consagração do Judiciário como o "último refúgio de um ideal democrático desencantado".

Apesar de ter sido na modelagem do Welfare State que os direitos sociais ganharam espaço nas constituições, foi com o seu declínio, na década de 1970, que o Judiciário ganhou força (VICTOR, 2011, p. 19):

De acordo com o modelo welfareano, o Estado, por meio de ações governamentais (Poderes Legislativo e Executivo), toma para si a função de promover o vetusto catálogo de direitos sociais estampado na Constituição. A partir do momento em que os poderes políticos assumem e cumprem o compromisso de materializar os reclamos sociais, o lugar do Judiciário passa a ser secundário. A concepção liberal (ou neoliberal) ressuscitada nos anos 70, diferentemente, significou o afastamento da mão do Estado, como também o distanciamento entre representantes e representados. O Estado welfareano, empenhado com prestações sociais, cede espaço para a livre iniciativa (VICTOR, 2011, p. 19).

Com o agravamento das crises econômicas, sociais e políticas, evidenciam-se as inúmeras deficiências do modelo, e, com isso avolumam-se questionamentos acerca da eficácia da intervenção do Estado na realidade social e do desempenho da administração pública (TREVISAN; VAN BELLEN, 2008, p. 530).

A concepção de uma administração pública pautada meramente pela burocratização deu lugar a uma administração gerencial, orientada para a efetividade de resultados e real satisfação das demandas sociais. Segundo Bresser Pereira,

No lugar da velha administração pública burocrática, emergiu uma nova forma de administração – a administração pública gerencial -, que tomou emprestado do setor privado os imensos avanços práticos e teóricos ocorridos no século XX na administração de empresas, sem, contudo perder sua característica específica: a de ser uma administração que não está orientada para o lucro, mas para o atendimento do interesse público (1996, p.9).

Por ocasião do julgamento da Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental 45, o Supremo Tribunal Federal fundamentou a possibilidade de intervenção judicial na consecução de políticas públicas, asseverando, porém a importância do atendimento à cláusula da reserva do possível, desde que se observe sempre a “intangibilidade do núcleo consubstanciador do ‘mínimo existencial’”.

Entende a Suprema Corte brasileira que lesões ou ameaças a direitos fundamentais, decorrentes da incapacidade do Legislativo e do Executivo em cumprir os mandamentos constitucionais, afastam a justificativa da Reserva do Possível (PEREIRA, 2010, p. 8). Nestes casos, não se pode considerar absoluta a liberdade do legislador e nem do Poder Executivo, que, mesmo legitimados pela delegação popular, não poderão agir em desconformidade aos direitos sociais, econômicos e culturais, comprometendo sua eficácia, seja por injustificada inércia ou por adotar condutas abusivas. Tais cenários justificariam a possibilidade de intervenção do Poder Judiciário para garantia do acesso aos bens jurídicos essenciais à manutenção de uma existência digna e à própria sobrevivência do indivíduo. (STF, 2004).

Para além da fiscalização das políticas já conformadas, Gelis Filho (2004, p. 5) suscita duas abordagens aptas a analisar a possibilidade de atuação do Judiciário também na fase de elaboração das políticas públicas. A primeira associa a natureza judicante deste Poder a uma atuação adstrita à fase de avaliação das políticas públicas, restringindo-se à função de avaliação de processo ou de impacto. Outra corrente, entretanto, aduz ser a coercibilidade das decisões judiciais um indicativo da interferência direta na etapa da formulação ou implementação das políticas, oportunizando com isso, a concretização de feedbacks determinantes da inclusão de temas na agenda política.

3.3 JUDICIALIZAÇÃO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

A expressiva evolução das políticas públicas de saúde nas últimas décadas, e os maciços investimentos na assistência farmacêutica não foram suficientes para evitar o crescimento do fenômeno da judicialização no setor.

Romero (2008, p. 8) sugere duas explicações para a judicialização da política pública de assistência farmacêutica, o crescimento do reconhecimento do direito à saúde e do acesso ao medicamento, e a insuficiência do sistema público e dos planos de saúde em suprir o conseqüente aumento da demanda.

A Constituição de 1988 consagrou expressamente a saúde como um bem jurídico digno de tutela constitucional, que figura no rol dos direitos e, por isso, integra o ápice do ordenamento jurídico, com o relevo de norma hierarquicamente superior, apresentando aplicabilidade direta e vinculando a administração pública e particular (SARLET, 2002, p. 3). O disposto no parágrafo 1º do art. 5º da CF/88 ("as normas definidoras dos direitos e garantias fundamentais têm aplicação imediata") evidencia um caráter normativo que independe de qualquer medida por parte do legislador infraconstitucional para viabilizar a plenitude de seus efeitos.

Com base no Princípio da universalidade dos direitos fundamentais, e no disposto no artigo 196 da nossa Carta Magna ("a saúde é direito de todos"), e considerando sua indissociabilidade do direito à vida e à integridade física, pode-se afirmar que o direito à saúde é de titularidade de "toda e qualquer pessoa humana, brasileira ou não". (SARLET, 2002, p. 7).

Sob o argumento da universalidade dos serviços públicos de saúde, difundiu-se o entendimento de que o Estado figura como responsável pelo fornecimento de todo e qualquer bem e serviço relacionado à saúde, em

especial a aquisição de medicamentos, independentemente de qualquer limitação atinente a critérios e parâmetros técnicos.

A garantia da saúde como direito de todos, soma-se à garantia, também constitucional, da inafastabilidade da apreciação judicial de lesão ou ameaça de direito, e, com isso, o judiciário assume papel cada vez mais relevante na prestação da saúde pública.

A década de 1990 representou o marco da judicialização da saúde no Brasil, quando foram propostas inúmeras ações judiciais por portadores do vírus da imunodeficiência humana (HIV), pleiteando a disponibilização de medicamentos antirretrovirais (MEDRADO et al., 2013, p. 4).

A partir dos progressos das políticas públicas para HIV/Aids, disseminou-se entre organizações sociais e a população em geral a idéia de reivindicar o direito à saúde junto aos tribunais, o que determinou crescimento exponencial das ações judiciais solicitando medicamentos e insumos de saúde.

Loyola (2011, p. 769) relata a criação, no ano de 1989, no Rio de Janeiro, da primeira assessoria jurídica voltada a pessoas infectadas pelo HIV/Aids. Sob a liderança da advogada Miriam Ventura, o “Pela Vidda” tornou-se importante referência na propositura de ações judiciais em defesa dos direitos destes pacientes.

Inicialmente, essas demandas representaram o crescimento exacerbado dos gastos públicos com os tratamentos solicitados, porém, tiveram o importante papel de fomentar a reorganização do sistema, no sentido de adequação ao posicionamento dos tribunais, racionalizando, com isso, a prestação estatal frente às necessidades daquele segmento.

Em 1996, foi publicada a Lei nº 9.313, que determinou a distribuição gratuita de medicamentos aos “portadores do vírus HIV e doentes de AIDS, possibilitando a consolidação de uma política de distribuição de medicamentos antirretrovirais no âmbito do SUS (BARBOSA, 2007/8, p. 07). E em 1997, foi criado o Programa Nacional de Doenças Sexualmente

Transmissíveis/ Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (DST/AIDS), com o objetivo de promover o acesso universal aos medicamentos antirretrovirais, e cuja consequência direta foi a redução significativa das ações judiciais correlatas.

A decisão proferida no Agravo Regimental no Recurso Extraordinário 271286 AgR/RS, julgado no STF, representa importante precedente na concessão de prestações de saúde. Seu relator, Min. Celso de Mello, afirmou que “o caráter programático da regra inscrita no art. 196 da Carta Política (...) não pode converter-se em promessa constitucional inconstitucional”, e concedeu o fornecimento gratuito do medicamento pleiteado com base em preceitos fundamentais da Constituição da República (arts. 5º, caput, e 196) e no dever constitucional do Poder Público garantir a satisfação das necessidades indissociáveis do direito à vida (STF, 2000).

Até o ano de 2001, parcela extremamente relevante das demandas judiciais por medicamentos se referiam a antirretrovirais, mas a partir de 2002, houve significativa diversificação (ROMERO, 2008, p. 2). As demandas passaram a ser propostas por pacientes com câncer, hepatite, transtornos mentais, doenças neurológicas, entre outras enfermidades (ROMERO, 2008, p. 18).

A primeira década do novo século apresentou um crescimento da judicialização da política de assistência farmacêutica capaz de desorganizar o setor e as finanças públicas (CARVALHO, 2007).

Sob o argumento da universalidade dos serviços públicos de saúde, difundiu-se o entendimento de que o Estado figura como responsável pelo fornecimento de todo e qualquer bem e serviço relacionado à saúde, em especial a aquisição de medicamentos, independentemente de qualquer limitação atinente a critérios e parâmetros técnicos.

A legitimidade democrática do Poder Judiciário para formular políticas públicas na área da saúde é questionada por Appio (2005).

Segundo ele, a maioria dos juízes brasileiros entende ser dever do Estado fornecer qualquer tipo de medicamento, a qualquer custo, quando demandado por qualquer cidadão. O autor discorda deste posicionamento e argumenta que a Constituição de 88 instituiu um modelo amplo de assistência a saúde da população, em que governos federal, estadual e municipal combinam suas ações com base em um orçamento previamente aprovado pelo Congresso Nacional, definindo políticas públicas prioritárias, com base em critérios técnicos, não sendo coerente, portanto, esperar que o poder público assuma a obrigação de fornecer os melhores medicamentos e tratamentos disponíveis a mais de 180 milhões de pessoas.

Em geral, ao decidir sobre o fornecimento de medicamentos, juízes e tribunais tem determinado a responsabilidade solidária entre os entes federativos, em que pese a previsão legal da repartição de competências administrativas, tendo os Municípios a responsabilidade sobre a farmácia básica, os Estados e o Distrito Federal sobre os medicamentos especiais e a União sobre os tratamentos estratégicos. (OHLAND, 2010, p. 34)

A responsabilidade solidária no fornecimento de medicamentos significa, na prática, que o demandante pode optar entre acionar apenas um ente federativo, dois deles, ou mesmo incluir os três no mesmo pólo passivo (OHLAND, 2010, p. 37).

Segundo dados da CONJUR/MS (2012), a União figurou como ré em 10.486 (dez mil, quatrocentos e oitenta e seis) demandas por fornecimento de medicamentos no ano de 2009, 11.203 (onze mil, duzentos e três) no ano de 2010, 12.436 (doze mil, quatrocentas e trinta e seis) no ano de 2011 e 13.051 (treze mil e cinquenta e uma) no ano de 2012.

Appio (2005) ressalta o fato de terem os orçamentos públicos no Brasil a legitimidade popular conferida pelos amplos processos deliberativos envolvidos nas decisões acerca dos investimentos, bem como pelas eleições gerais para escolha dos membros do Congresso Nacional que os antecedem. Diante disso, não seriam juízes não-eleitos pela população

aqueles aptos a definir sobre a alocação dos recursos da saúde. O papel dos juízes, assevera, consiste em cobrar a execução daquelas políticas públicas já aprovadas pelo Congresso, garantir o cumprimento das leis, e, com isso, assegurar a igualdade de condições de acesso à saúde a todos os cidadãos brasileiros, independentemente da renda.

O Superior Tribunal de Justiça, em decisão datada de 2009, asseverou que a diretriz constitucional do atendimento integral nos serviços públicos de saúde não outorga ao paciente a possibilidade de escolher o medicamento que mais se adeque ao seu tratamento (STJ, 2009).

Borges e Ugá (2010, p. 65) apontam para uma possível conscientização que começa a surgir no Poder Judiciário acerca da necessidade de respeitar a seleção oficial de medicamentos “como condição para viabilidade da assistência farmacêutica no SUS”.

4 REFLEXOS DAS DEMANDAS JUDICIAIS SOBRE AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

A promoção da saúde pela via judicial pode determinar "um efeito benéfico na responsabilização do Estado em desenvolver procedimentos adequados de incorporação, compra e distribuição de procedimentos terapêuticos pela rede pública", mas, não se pode desconsiderar "o risco de se desenvolver a via judicial como principal meio para se garantir o acesso ao medicamento" (BAPTISTA, 2009, p. 829-36)

Conforme assevera Barroso,

O ativismo judicial, até aqui, tem sido parte da solução, e não do problema. Mas ele é um antibiótico poderoso, cujo uso deve ser eventual e controlado. Em dose excessiva, há risco de se morrer da cura. A expansão do Judiciário não deve desviar a atenção da real disfunção que aflige a democracia brasileira: a crise de representatividade, legitimidade e funcionalidade do Poder Legislativo. (BARROSO, 2009, p. 19).

Por ocasião da Audiência Pública nº 4/2009, convocada pelo Presidente do Supremo Tribunal Federal (STF), para tratar dos limites e responsabilidades na prestação de serviços de saúde pelo SUS, o então Ministro da Saúde, José Gomes Temporão, declarou que “transferir para o SUS a responsabilidade por atendimento realizado fora de suas normas operacionais pode gerar consequências como a desregulação do acesso assistencial, perda da integralidade e redução de controle e avaliação da atenção prestada”.

Menegheti alerta para a possibilidade de alteração do equilíbrio entre os Poderes como efeito da crescente judicialização, de forma a definir uma prevalência do Poder Judiciário sobre os demais. O autor inclusive suscita a hipótese de que a concentração de poder possa assumir gradação capaz de desestruturar o tradicional sistema de separação dos Poderes e

causar riscos ao modelo de democracia representativa vigente, em razão da ausência de mecanismos de controle da atuação judicial (MENEGETI, 2008, p. 13)

O deferimento de toda e qualquer prestação sanitária requerida pela via judicial, dissociado do conjunto de ações e políticas públicas coletivas, constitui grave ofensa ao princípio da integralidade, na medida em que muitas das vezes os demandantes sequer são acompanhados por profissionais do SUS, e assim permanecem, dissociados do sistema, mesmo após o recebimento do produto ou serviço médico pleiteado (TEIXEIRA, 2011, p. 23).

Ao determinar o cumprimento de demandas específicas, as decisões judiciais podem desvirtuar os objetivos anteriormente traçados em sede de políticas públicas, contrariando todo um planejamento e, prejudicando a execução de diversas ações coletivas que deixam de ser concretizadas.

As prestações estatais devem atender ao caráter coletivo e distributivo das políticas públicas, e as escolhas que as definem devem ser pautadas pelo conhecimento das necessidades da população e das possibilidades orçamentárias, distribuindo-se os escassos recursos públicos da forma mais eficiente possível. Ao decidir-se pela implementação de ações estatais pela via judicial, tais parâmetros não costumam ser considerados, o que pode acarretar prejuízos sociais maiores que os que se pretende corrigir (MACHADO, 2010, p. 23).

Castro (1997, p. 153) alerta sobre tal questão: “A análise dos acórdãos do tribunal revela que também a produção jurisprudencial rotineira do STF tem uma direção marcante na proteção de interesses privados e, portanto, de impacto negativo sobre a implementação de políticas públicas”.

O fornecimento indiscriminado de medicamentos pela via judicial resulta em prejuízos ao sistema público e no favorecimento daqueles que dispõem de mais recursos financeiros e acesso à informação em detrimento

dos mais necessitados (Ramos, 2005). Afinal, em um cenário de escassez de recursos, enquanto são atendidas as demandas de alguns poucos beneficiados, muitas outras ações deixam de ser realizadas (WANG, 2009, P. 82)

Decisões positivas em casos individuais criam precedentes que encorajam a promoção de novas demandas, cujo crescimento exponencial acarreta importantes impactos nas finanças públicas, na medida em que as limitações impostas por escassez de recursos, custos dos direitos e reserva do possível não costumam ser consideradas pelo Judiciário (WANG, 2007, pp. 24, 25).

O Tribunal de Contas da União (TCU), em avaliação sobre a concessão de medicamentos excepcionais, apontou os efeitos negativos do aumento das demandas judiciais na área da saúde, principalmente sobre o gerenciamento da assistência farmacêutica e sobre os próprios beneficiários, quando, por exemplo, a destinação de medicamentos em estoque para a satisfação de uma demanda judicial acarreta na interrupção do tratamento de pacientes regulares (TCU, 2005, p. 26).

O conceito de igualdade como o direito a oportunidades iguais, é confrontado pela judicialização da saúde, na medida em que os que recorrem ao Judiciário recebem prestações estatais relativas a necessidades que atingem outros integrantes da sociedade (CASTRO, 2012, p. 32).

Estudos sobre a judicialização da saúde nas diversas regiões do país indicam que a maior parte das demandas apresenta caráter individual e se baseia apenas na prescrição médica apresentada pelo paciente, e que os medicamentos são fornecidos quase na totalidade mediante tutela antecipada (PEPE et al., 2010, p. 2406).

No julgamento monocrático da Suspensão de Segurança n. 3.073/RN, a ministra Ellen Gracie asseverou a relevância do caráter coletivo

da assistência à saúde, que deve preponderar frente à satisfação das necessidades individuais:

Entendo que a norma do art. 196 da Constituição da República, que assegura o direito à saúde, refere-se, em princípio, à efetivação de políticas públicas que alcancem a população como um todo, assegurando-lhe acesso universal e igualitário, e não a situações individualizadas. A responsabilidade do Estado em fornecer os recursos necessários à reabilitação da saúde de seus cidadãos não pode vir a inviabilizar o sistema público de saúde.

A concessão de medicamentos nem sempre condizentes com as orientações técnicas compromete a promoção do uso racional, assim como a imposição de despesas não previstas pelas políticas de medicamentos acarretam desequilíbrios na alocação dos recursos, acarretando violações ao princípio da isonomia (BORGES; UGÁ, 2010, p. 65/6).

Sotelo (2000, p. 39), abordando a judicialização das políticas públicas na Colômbia, ressaltou o conflito econômico decorrente da necessidade de ponderação entre mandamentos constitucionais aparentemente contraditórios entre si, mas igualmente relevantes, como a eficiência na alocação dos recursos perante a universalidade e a solidariedade no atendimento à saúde; o princípio da igualdade de acesso à assistência básica de saúde a todos os cidadãos, face ao direito à vida e à integridade individuais.

Em estudo descritivo sobre a demanda local por medicamentos, Pepe et al. (2010) analisaram os processos judiciais individuais movidos por cidadãos contra o estado ou municípios, perante o Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro (TJ/RJ), pleiteando o fornecimento de fármacos classificados como essenciais, durante o ano de 2006. Buscaram pontuar os aspectos processuais que viabilizam a via judicial como acesso alternativo às prestações de saúde e, com isso, possibilitar a apreensão de estratégias aptas a promover melhor adequação do sistema às necessidades dos cidadãos.

Da análise de 185 ações judiciais, constataram que 98,9% delas foram propostas por autores individuais e que 83% deles foram representados pela Defensoria Pública (PEPE et al., 2010, p. 464). Este último dado, conforme asseveram os autores, é extremamente relevante para a elucidação do perfil socioeconômico dos demandantes.

Esta constatação, no entanto, é diametralmente oposta àquela a que chegaram Chieff e Barata em estudo semelhante no Estado de São Paulo, no mesmo ano de 2006. Ao analisar as demandas judiciais por medicamentos contra a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, no ano de 2006, Chieffi e Barata (2009, p. 1842-45) observaram que a maior parte dos medicamentos requeridos não pertencia aos programas de assistência farmacêutica do SUS, e as prescrições provinham de estabelecimentos particulares, cujos médicos possivelmente não estavam familiarizados com as regras do sistema. Somando-se a isso o fato de grande parte das ações ter sido ajuizada por advogados particulares, puderam inferir que tais prestações beneficiaram indivíduos com melhores condições socioeconômicas, em detrimento de uma maioria populacional em situação de vulnerabilidade.

A dissonância dos resultados não é ignorada por Pepe et al. (2010, p. 467) que aludem à questão da discrepância na estruturação das Defensorias Públicas, associada a distinções nos requisitos para concessão dos benefícios vinculados à hipossuficiência nos estados, como fatores explicativos da variação nas pesquisas. A Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro, explicam, foi criada no ano de 1954, enquanto a Defensoria Pública no Estado de São Paulo, somente em 2006. Além disso, reputam conveniente considerar que os beneficiários da gratuidade judicial, além de gozarem da isenção de custas e outras despesas processuais, muitas vezes obtêm o patrocínio de advogados dativos.

Pepe et al. (2010, p. 464) verificaram que em 100% dos processos judiciais selecionados, os medicamentos pleiteados foram concedidos liminarmente, sob os argumentos da irreversibilidade do dano à saúde e do

dever prestacional do Estado. Das ações em que foi possível a identificação do medicamento pleiteado, 80,6% requeria pelo menos um medicamento não constante da RENAME ou outra lista oficial.

No mesmo sentido, Chieffi & Barata (2009) demonstraram que 77% dos medicamentos pleiteados em demandas judiciais não constavam dos programas de assistência farmacêutica do SUS.

A intervenção judicial muitas vezes desconsidera princípios e diretrizes do sistema de saúde. O princípio da descentralização é desrespeitado, pois as decisões judiciais muitas vezes desconsideram as diretrizes de repartição de competências para a aquisição de medicamentos, onerando ente federativo diverso do regulamentado. Ao assegurar o acesso à saúde dos autores das ações, o Poder Judiciário afronta, de modo direto e inequívoco, os princípios da universalidade e da equidade, pois prescinde do acesso igualitário do qual todos os usuários do Sistema são merecedores, mas não contemplados, em razão da limitação dos recursos disponíveis ao Ministério da Saúde. Muitas das decisões ignoram os aspectos técnicos das políticas de saúde pública, adotando condutas como a entrega do fármaco sem o devido acompanhamento, o que fere o princípio da integralidade do tratamento, e possibilita até mesmo o surgimento de fraudes (MS, 2013, p. 20).

Neste sentido, Vieira e Zucchi (2007) destacam os diversos aspectos presentes na promoção do acesso a medicamentos pela via judicial que confrontam as diretrizes do SUS e da PNM:

Desconsideração da responsabilidade tripartite de organização do sistema (...); Aquisição de medicamentos que não fazem parte da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) (...); Aquisição de medicamentos que não fazem parte da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME); Aquisição de medicamentos não registrados pela Anvisa; Fragmentação das ações para uso racional de medicamentos, o que implica desconsideração da importância da seleção (...); não cumprimento de diretrizes terapêuticas; aquisição de medicamentos com poucas evidências de sua eficácia e segurança, a custos elevados (...); aumento da irracionalidade no uso do recurso financeiro público; Prejuízo à equidade (VIEIRA; ZUCCHI, 2007, p. 221)

4.1 DECISÕES JUDICIAIS E ORÇAMENTO

Dados do Ministério da Saúde demonstram que os gastos com o cumprimento de decisões judiciais que determinam a aquisição de medicamentos saltaram de R\$ 170 mil em 2003 para R\$ 132 milhões em 2010 (AGÊNCIA BRASIL, 2011).

As decisões judiciais que determinam o fornecimento de medicamentos promovem a utilização de recursos financeiros de forma irracional, em razão de reduzir a capacidade da administração em administrar as compras, e produz graves prejuízos ao Sistema, na medida em que introduz gastos não programados e proporciona atendimentos ao cidadão de forma completamente diversa das estabelecida pelas políticas de saúde (MS, 2013, p. 19).

Pesquisa realizada pelo CONJUR/MS demonstra que os custos decorrentes de determinações judiciais para fornecimento de medicamentos alcançou, no ano de 2010, o valor de R\$ 949.230.598,54 (novecentos e quarenta e nove milhões, duzentos e trinta e mil, quinhentos e noventa e oito reais e cinquenta e quatro centavos), considerando-se apenas os dados fornecidos pela União e pelos Estados de Goiás, Santa Catarina, São Paulo, Pará, Paraná, Pernambuco, Minas Gerals, Tocantins e Alagoas. No mesmo ano, os gastos federais com medicamentos para atendimento de todos os usuários do SUS, foram de R\$ 6,9 bilhões. Com isso, demonstrou-se que as despesas de apenas 8 entes federativos (descontados os outros 17 Estados, o DF e todos os Municípios) com o cumprimento de ordens judiciais representou quase 1/7 do orçamento destinado às políticas públicas federais de medicamentos (CONJUR/MS, 2012).

Extremamente relevante na análise destes gastos é verificar o número de ações e, conseqüentemente, pacientes beneficiados com as aquisições. Considerando apenas as dezoito demandas de maior custo atendidas no ano de 2012, foram gastos um total de R\$ 278.904.639,71 com o fornecimento de medicamentos para apenas 523 pacientes, o que denota um claro desequilíbrio na distribuição de recursos causado pela intervenção judicial na AF (MS, 2013), conforme pode ser visualizado na tabela a seguir que expressa o quantitativo de aquisições realizadas pelo Ministério da Saúde, ano a ano.

TABELA 1 - AQUISIÇÕES DE MEDICAMENTOS PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE, EM CUMPRIMENTO A DETERMINAÇÕES JUDICIAIS

2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
1	8	23	145	413	679	2273	1782	1295	1946	1311

FONTE: Ministério da Saúde, 2013

Convém ressaltar que o decréscimo observado a partir de 2008 deveu-se à maior utilização dos recursos disponíveis com a realização de depósitos judiciais e de reembolso aos Estados e Municípios, além da adoção de uma sistemática diferenciada de compras, baseada em registro de preço e compra agrupada, promovendo uma redução no número de aquisições, apesar do crescimento numérico das ações judiciais. (MS, 2013).

Após determinado o fornecimento do medicamento, a aquisição no âmbito do Ministério da Saúde ocorre em cerca de 60 dias (para

medicamentos nacionais), 90 dias (para medicamentos importados) e 120 dias (para medicamentos sem registro na ANVISA). O depósito é, portanto, utilizado como alternativa para agilizar o cumprimento até a finalização processo de compra (CONJUR/MS, 2012).

Com o crescimento da demanda, foi necessária a estruturação de um setor no Ministério da Saúde, exclusivamente responsável pelo atendimento de ações judiciais, e que atualmente coordena a aquisição de medicamentos para cumprir 8.549 ações ativas (MS, 2013, p. 20).

No Estado do Paraná, a política de Assistência Farmacêutica é coordenada pelo Centro de Medicamentos do Paraná (CEMEPAR), que desenvolve as atividades de seleção, programação, aquisição, armazenamento e distribuição, e tem como objetivo garantir o acesso da população aos medicamentos integrantes dos programas do MS e da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA/PR) (PEREIRA, 2013, p. 39).

Entre aquisições do MS e do próprio estado, a quantidade de medicamentos distribuídos pelo CEMEPAR quase dobrou em um período de seis anos, refletindo uma variação de gastos de R\$ 123,6 milhões em 2003, para R\$ 340,6 milhões em 2009 (PARANÁ, 2011, apud PEREIRA, 2013, p.40).

Apesar da ampla estrutura destinada à promoção do acesso aos medicamentos, é crescente a demanda por produtos não elencados nas listagens oficiais ou daqueles previstos mas indisponíveis por alguma questão de desabastecimento. Neste íterim, o CEMEPAR atendeu 6.998 ordens judiciais no período entre 1999 e junho de 2012 (PEREIRA, 2013, p. 41).

Em razão do atendimento a demandas judiciais opostas ao Estado do Paraná, o CEMEPAR registrou uma evolução nos custos de aquisição de medicamentos que atingiu quase 45 milhões de reais no período entre 2004 e 2011 (PEREIRA, 2013, p. 42).

Dados o Ministério da Saúde (2012), recebidos em solicitação à Secretaria de Saúde do estado, demonstram mais detalhadamente a evolução dos gastos com o cumprimento de decisões judiciais, conforme elucidado na tabela:

TABELA 2 - GASTOS COM O CUMPRIMENTO DE
DECISÕES JUDICIAIS DE SAÚDE NO ESTADO DO PARANÁ

2003	R\$ 741.369,06
2004	R\$ 3.377.305,06
2005	R\$ 6.852.110,37
2006	R\$ 12.418.871,02
2007	R\$ 15.780.851,97
2008	R\$ 19.336.580,60
2009	R\$ 35.004.454,94
2010	R\$ 35.718.740,24

Fonte: MS, 2013.

4.2 INFLUÊNCIA DAS DEMANDAS JUDICIAIS NA ELABORAÇÃO DAS LISTAS DA RENAME

Utilizando como base de análise as ações pleiteando medicamentos no Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro, no ano de 2006, Pepe et al. (2010, p. 465) verificaram que 80,6% das demandas requeria pelo menos um medicamento não pertencente à RENAME vigente no período, e constataram que alguns destes fármacos foram posteriormente incluídos em revisões subseqüentes da listagem.

Romero (2008) comprovou considerável redução no quantitativo de ações judiciais pleiteando medicamentos para o tratamento de esclerose múltipla após a aprovação de uma política específica para controle da morbidade, consubstanciada em Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas, publicado no ano de 2002.

Para verificar a hipótese de haver uma relação entre o que é estabelecido em termos de políticas de medicamentos pelos agentes da saúde e o comportamento dos tribunais na prolatação de sentenças acerca da determinação da prestação pelo ente estatal, decidiu-se utilizar como unidade de análise as ações propostas antes e depois da edição de novas atualizações da RENAME. Para tanto, pontuou-se como marco temporal a data da publicação das portarias que dispuseram sobre as novas listas, considerando como marco inicial para o período precedente a data de 01/01/1990 e como marco final para o período subseqüente a data de 01/01/2014. As pesquisas foram limitadas à jurisprudência do Tribunal Regional Federal da 4ª Região e do Tribunal de Justiça do Estado do Paraná, utilizando-se como argumentos de pesquisa o nome da substância médica constante do rol de inovações constante de cada uma das edições da RENAME escolhidas para o comparativo (2006, 2008 e 2010). Os fármacos escolhidos foram aqueles cujo quantitativo apresentou maior

variação no período estipulado, considerando-se o elenco de medicamentos inseridos na Rename em análise, e ausentes na listagem antecedente.

Dos novos medicamentos que passaram a integrar a Rename 2006, em comparação ao previsto pela Rename 2002, foram destacadas as seguintes substâncias: bupropiona, besilato de anlodipino, carboplatina e hidroxicloroquina. As variações quantitativas em relação aos períodos precedente e subsequente à lista ocorreram conforme o demonstrados nas tabelas:

TABELA 3 – QUANTITATIVO DE AÇÕES NOS PERÍODOS PRECEDENTES E SUBSEQUENTES À PUBLICAÇÃO DA RENAME 2006

SUBSTÂNCIA: BUPROPIONA				
LOCAL	TRF4		TJPR	
AÇÕES	ANTES RENAME 2006	APÓS RENAME 2006	ANTES RENAME 2006	APÓS RENAME 2006
	00	27	02	16
SUBSTÂNCIA: BESILATO DE ANLODIPINO				
LOCAL	TRF4		TJPR	
AÇÕES	ANTES RENAME 2006	APÓS RENAME 2006	ANTES RENAME 2006	APÓS RENAME 2006
	00	41	00	14
SUBSTÂNCIA: CARBOPLATINA				
LOCAL	TRF4		TJPR	
AÇÕES	ANTES RENAME 2006	APÓS RENAME 2006	ANTES RENAME 2006	APÓS RENAME 2006
	00	17	00	19
SUBSTÂNCIA: HIDROXICLOROQUINA				
LOCAL	TRF4		TJPR	
AÇÕES	ANTES RENAME 2006	APÓS RENAME 2006	ANTES RENAME 2006	APÓS RENAME 2006
	00	48	01	14

Fonte: Dados extraídos dos sites oficiais dos Tribunais, nos links Consulta à Jurisprudência.

Pode-se verificar que duas das substâncias (besilato de anlodipino e carboplatina) não haviam sido objeto de demanda judicial, no período precedente à publicação da Rename 2006, nem no TRF4 nem no TJPR. As outras duas, bupropiona e hidroxiclороquina haviam sido solicitadas apenas no TJPR, e em poucas ações (02 e 01, respectivamente). Todas elas apresentaram um aumento considerável, nos dois tribunais, com destaque para o besilato de anlodipino, que passou de zero para 47 ações no TRF4, e para a hidroxiclороquina, cuja variação foi de zero para 48, no mesmo tribunal.

Da Rename 2008 foram destacadas para análise as seguintes substâncias medicamentosas: alendronato de sódio, carvedilol, losartana, risperidona, cujo quantitativo de ações antes e após a publicação da Portaria nº 2.012/2008 – GM/MS, vem demonstrado nas tabelas:

TABELA 4 - QUANTITATIVO DE AÇÕES NOS PERÍODOS PRECEDENTES E SUBSEQUENTES À PUBLICAÇÃO DA RENAME 2008

SUBSTÂNCIA: ALENDRONATO DE SÓDIO

LOCAL	TRF4		TJPR	
AÇÕES	ANTES RENAME 2008	APÓS RENAME 2008	ANTES RENAME 2008	APÓS RENAME 2008
	00	32	10	29

SUBSTÂNCIA: CARVEDILOL

LOCAL	TRF4		TJPR	
AÇÕES	ANTES RENAME 2008	APÓS RENAME 2008	ANTES RENAME 2008	APÓS RENAME 2008
	04	55	02	13

SUBSTÂNCIA: LOSARTANA

LOCAL	TRF4		TJPR	
AÇÕES	ANTES RENAME 2008	APÓS RENAME 2008	ANTES RENAME 2008	APÓS RENAME 2008
	00	10	00	57

SUBSTÂNCIA: RISPERIDONA

LOCAL	TRF4		TJPR	
AÇÕES	ANTES RENAME 2008	APÓS RENAME 2008	ANTES RENAME 2008	APÓS RENAME 2008
	30	70	05	89

Fonte: Dados extraídos dos sites oficiais dos Tribunais, nos links Consulta à Jurisprudência.

Da mesma forma como verificado em relação aos fármacos da RENAME 2006, as inovações trazidas pela RENAME 2008 passaram a compor o objeto da demanda judicial com muito maior frequência após a publicação da listagem. Destacam-se a losartana, cujas ações saltaram de zero para 57, no TJPR e a risperidona, cujo quantitativo aumentou em 84 casos no segundo período.

Dos novos fármacos trazidos pela Rename 2010, foram selecionados a budesonida, a oxaliplatina e a talidomida, conforme segue:

TABELA 5 - QUANTITATIVO DE AÇÕES NOS PERÍODOS PRECEDENTES E SUBSEQUENTES À PUBLICAÇÃO DA RENAME 2010

SUBSTÂNCIA: BUDESONIDA

LOCAL	TRF4		TJPR	
AÇÕES	ANTES RENAME 2010	APÓS RENAME 2010	ANTES RENAME 2010	APÓS RENAME 2010
	23	69	01	05

SUBSTÂNCIA: OXALIPLATINA

LOCAL	TRF4		TJPR	
AÇÕES	ANTES RENAME 2010	APÓS RENAME 2010	ANTES RENAME 2010	APÓS RENAME 2010
	12	30	01	04

SUBSTÂNCIA: TALIDOMIDA

TRF4	TRF4		TRF4	
AÇÕES	ANTES RENAME 2010	ANTES RENAME 2010	ANTES RENAME 2010	APÓS RENAME 2010
	134	341	02	00

Fonte: Dados extraídos dos sites oficiais dos Tribunais, nos links Consulta à Jurisprudência.

Os três produtos apresentaram pouca demanda no TJPR, tanto no período antecedente quanto no subsequente à publicação da Portaria nº 1044/2010 – GM/MS. Mas no TRF4 os números indicaram expressiva variação no pré e pós listagem. A budesonida foi requerida em 23 processos no primeiro período e em 89 no segundo. A demanda por oxaliplatina mais que dobrou, passando de 12 para 30 ações, assim como a talidomida, citada em 341 processos após o advento da Rename 2010.

Interessante notar que o quantum de ações referentes à talidomida apresentou decréscimo, de duas para zero, no TJPR.

A análise por um lado surpreende, na medida em que desconstrói a hipótese inicialmente pensada, de que a constante pressão sobre os gestores de políticas de AF ocasionada pelo crescente fluxo de demandas por determinados medicamentos seria determinante para a inclusão destes fármacos nas listagens oficiais dos períodos subseqüentes. Mas por outra ótica, os dados se adéquam ao proposto por inúmeros estudos que indicam falhas do Poder Executivo na efetivação das políticas de assistência farmacêutica, na medida em que não atingem os objetivos propostos pelas regulamentações do setor.

Segundo tais pesquisas, expressiva parcela das demandas refere-se a medicamentos previstos nas listagens oficiais, denotando a ineficiência dos órgãos envolvidos na implementação dos programas de saúde. Segundo pontua Castro (2012), muitos pacientes recorrem ao judiciário para obter medicamentos previstos nas listagens oficiais mas não disponíveis nos posto de saúde onde são atendidos.

Pepe et al também indicam haver um consenso acerca da legitimidade da utilização da via judicial para garantir o acesso a medicamentos integrantes das listas oficiais publicadas pelos gestores da saúde pública e que as divergências relevantes sobre a legitimidade do fornecimento pela via judicial residiria apenas na questão do fornecimento de medicamentos não contemplados nestas relações e daqueles que sequer foram registrados no país pela ANVISA (PEPE et al, 2010, p. 2406).

Para Castro (2012, p. 30), alguns dos motivos determinantes da judicialização da saúde seriam a demora na atualização das listas de medicamentos do SUS e as dificuldades burocráticas para aquisição e distribuição de novos fármacos, associadas à heterogeneidade na distribuição, fazendo com que pacientes recorram ao Judiciário para pleitear

medicamentos já previstos pelo SUS mas não disponíveis nos postos de saúde onde são atendidos. No mesmo sentido, Ieciona Barcelos (2010):

(...) demandas de medicamentos não fornecidos pelo SUS sem substitutos nas listas oficiais podem indicar sua desatualização e dos protocolos vigentes. Já as demandas de medicamentos contemplados nestas listas podem significar falhas dos órgãos públicos em garantir o acesso dos pacientes a medicamentos com avaliação de eficácia e segurança, obrigando os pacientes a recorrer ao Judiciário para ver cumprido seu direito (BARCELOS, 2010, p. 132).

Além dos problemas administrativos e de gestão, a rápida inovação tecnológica, importando no surgimento de diversos e novos medicamentos a todo instante também é um fator relevante na construção das dificuldades que importam na ineficácia das prestações de Assistência Farmacêutica pelo SUS (CONTI, 2013, p. 16).

4.3 MEDIDAS PRÁTICAS NA BUSCA POR SOLUÇÕES

As preocupações acerca da necessidade de adequação das decisões judiciais a preceitos técnicos das diversas áreas envolvidas na assistência farmacêutica, não são nenhuma novidade. Em agosto de 2001, o Programa Nacional de DST e Aids divulgou nota oficial em que demonstrava preocupação com a grande quantidade de ações judiciais e a determinação de fornecimento de “substâncias que não têm eficácia e segurança reconhecidas cientificamente”:

Reconhecemos que o acesso a tratamento é direito indiscutível e decisões dos Tribunais Superiores têm obrigado a disponibilização de medicamentos de todos os tipos, tanto para o tratamento específico do HIV, quanto de suas complicações. Todavia, devemos estar atentos para a possibilidade de ocorrência de interações medicamentosas impróprias e a prescrição de

substâncias que não têm eficácia e segurança reconhecidas cientificamente (...). Assim, a Coordenação Nacional recomenda que se solicite perícia médica judicial, com avaliação individualizada do caso, para permitir a decisão final do juiz, da mesma forma que normalmente ocorre com outros problemas de saúde, particularmente nas áreas cível e trabalhista (Programa Nacional de DST/Aids divulgado em 14/08/2001).

A frustração da expectativa de que o Supremo Tribunal Federal editasse uma Súmula Vinculante após a Audiência Pública em Saúde, realizada entre os meses de abril e maio de 2009, onde o crescente fenômeno da judicialização da Saúde foi amplamente debatido por representantes de diversos setores da sociedade reflete a complexidade do tema (TEIXEIRA, 2011, p. 13).

Em 2013, o Conselho Nacional de Justiça aprovou a recomendação para a criação, nas fazendas públicas dos tribunais de todo o país, de varas especializadas no julgamento de processos relacionados ao acesso à saúde, a fim de “propiciar decisões mais adequadas e precisas” às mais de 240 mil ações sobre o tema em curso no Judiciário. (CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2013, apud OLIVEIRA, 2014, p. 38).

A intervenção judicial nas políticas de atendimento à saúde deve se revestir de racionalidade, tendo sempre em conta que o magistrado não possui conhecimento técnico suficiente para questionar a receita médica que lhe é apresentada. Atendendo ao dever de garantir a manutenção do Sistema Único de Saúde, como uma conquista de toda a população brasileira, faz-se mister que o Estado encontre soluções aptas a viabilizar que SUS e Poder Judiciário efetivem as políticas públicas de saúde respeitando a lógica, os princípios e as diretrizes estabelecidas (TEIXEIRA, 2011, p. 23).

Nas palavras de Sarlet (2008, p. 16), é

apenas mediante uma convergência de vontades e esforços (do Poder Público e da sociedade), bem como especialmente com a superação do tradicional jogo do "empurra-empurra" que se estabeleceu no nosso País (entre Estado e iniciativa privada, entre União e Estados, entre estes e os Municípios, entre Executivo e Legislativo, entre estes e o Judiciário, etc) é que se poderá chegar a uma solução satisfatória e que venha a resgatar a dignidade da pessoa humana para todos os brasileiros, notadamente no que diz com a efetiva possibilidade de usufruir das condições mínimas para uma existência digna.

Em diversos estados da federação foram recentemente criados sistemas administrativos para solucionar o crescimento das demandas por medicamentos. No Rio Grande do Norte, o Cirads (Comitê Interinstitucional de Resolução Administrativa de Demandas da Saúde) instituído através da cooperação técnica entre órgãos integrantes do sistema judicial e de saúde do estado e do município de Natal, realiza a análise prévia e a elaboração de pareceres técnicos das demandas que chegam à Defensoria Pública. Em São Paulo, a Defensoria Pública e a Secretaria de Estado de Saúde conjugaram esforços para viabilizar orientações técnicas aos pacientes que necessitem de remédios, indicando o trâmite para sua obtenção. O Estado do Rio de Janeiro, em parceria com o município, instituiu o Sistema de Pedido Administrativo, que desde sua criação vem cumprindo o objetivo de reduzir as demandas judiciais através de medidas destinadas a promover maior acesso da população aos medicamentos (TEIXEIRA, 2011, p. 24-26).

No âmbito do SUS, podemos apontar a criação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec) como uma tentativa de adequação do sistema às novas demandas na área da saúde. Com o advento da Conitec, em 2011, dobrou a média de incorporação de novos medicamentos e procedimentos no SUS, em relação aos seis anos anteriores à criação da comissão, o que, segundo o próprio órgão, assegura uma conformação com a jurisprudência e uma conseqüente economia orçamentária para o governo.

Recentemente, a comissão disponibilizou um canal de comunicação eletrônico⁶ direcionado a magistrados, com o objetivo de sanar dúvidas e fornecer informações técnicas em processos que envolvam fornecimento de medicamentos não integrantes da lista do SUS.

As políticas prestacionais, além de eficientes no que tange à incorporação de novas tecnologias, devem sê-lo também no atendimento em momento oportuno, uma vez que a indisponibilidade concorre para o aumento das demandas judiciais. Outra questão essencial é a divulgação do conteúdo das listagens oficiais, para que as prescrições se adéquem às ações e serviços programados (OLIVEIRA, 2014, p. 133).

⁶ conitec@saude.gov.br

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante das inúmeras críticas ao sistema público de saúde, constantemente difundidas pela mídia nacional, muitos se esquecem das diversas atividades realizadas no âmbito da saúde pública. Campanhas de vacinação, transplantes de órgãos e até mesmo a Vigilância Sanitária, responsável por fiscalizar o cumprimento de normas sanitárias nos estabelecimentos que lidam com alimentos, são desenvolvidas pelo SUS. Dificilmente são divulgadas as ações bem sucedidas, o que colabora para que toda uma população se apavore frente à possibilidade de ficar à mercê de um sistema de saúde tido como completamente desestruturado (TEIXEIRA, 2011, p. 12).

Fato é que muito se evoluiu em termos de saúde pública no Brasil. A Constituição Federal de 1988 foi a primeira a efetivar o direito à saúde no país, inserindo-o no rol dos direitos fundamentais sociais, e expressou a preocupação do Estado em disponibilizar ao povo um sistema público de saúde capaz de atender desde as suas necessidades mais básicas, até os tratamentos e procedimentos mais complexos e avançados.

No entanto, muito ainda há por fazer, inúmeros problemas estruturais e organizacionais impedem que o SUS garanta a efetiva concretização de inúmeras demandas sociais que ainda carecem de satisfação. Diante disso, a população busca os recursos que estão ao seu alcance para compelir a Administração Pública à realização de prestações positivas, e garantir que seus direitos sociais sejam efetivamente respeitados e cumpridos.

Com o estudo buscou-se demonstrar os reflexos das demandas judiciais nas políticas públicas de Assistência Farmacêutica. Inicialmente, esperava-se encontrar dados que indicassem que reiteradas decisões pleiteando os mesmos medicamentos criassem um cenário de pressão

social apto a determinar a inclusão daquele insumo nas listagens oficiais elaboradas em períodos subsequentes.

No entanto, pela análise da jurisprudência do Tribunal Regional Federal da 4ª Região e do Tribunal de Justiça do Estado do Paraná, constatou-se algo diverso do esperado. O quantitativo das decisões nos momentos anteriores e posteriores às publicações das edições da Rename, indicou que houve muito mais demandas referindo-se aos novos fármacos após a sua inserção. Deste panorama pode-se inferir duas possibilidades. O Poder Judiciário pode estar demonstrando um comportamento tendente a atender ao estipulado pelos gestores públicos, adequando suas decisões ao previamente estipulado pelas políticas de AF. Ou os mecanismos de implementação das políticas elaboradas apresentam-se ainda muito defasados, de modo que os medicamentos constantes das listagens da Rename não estejam sendo adquiridos na quantidade suficiente para suprir a demanda, o que indica falhas no ciclo das políticas de AF, em fases posteriores à seleção e escolha, seja no transporte, no armazenamento ou na distribuição e entrega.

A judicialização é salutar para o desenvolvimento das políticas públicas de saúde, na medida em que representa importante contribuição na etapa de análise e avaliação do cumprimento das diretrizes e objetivos estabelecidos nas fases iniciais do ciclo de desenvolvimento das políticas. Nas palavras de Souza Júnior (2004, apud ROMERO, 2008, p. 14), “o controle judicial oferece a possibilidade de que as minorias, sem acesso formal ou real ao centro do poder deliberativo, possam, vislumbrando alguma afronta ao ordenamento constitucional, influir, por via oblíqua, no processo político, retirando-as da posição marginal a que rotineiramente são relegadas”.

Não se pode conceber, entretanto, que a interferência judicial extrapole os limites da atuação racional, desprezando critérios técnicos orçamentários para a concessão de toda e qualquer prestação requerida, independente de custos, reconhecimento científico e adequação às

diretrizes do SUS. Agindo de tal forma, acaba por contemplar alguns poucos casos particulares, parcela ínfima de um universo de cidadãos destituídos de recursos para a satisfação das necessidades mais prementes, ocasionando expressiva desigualdade na distribuição dos recursos públicos, e contrariando, com isso, os princípios mais elementares do Estado Democrático de Direito.

Mas não é apenas com a postura do Judiciário que devemos nos preocupar, pois há que se ter em mente que sua atuação depende de provocação, e se é crescente o número de decisões judiciais que afetam a implementação das políticas públicas, isso ocorre em razão da também crescente demanda advinda da sociedade. É essencial que os cidadãos abandonem a postura passiva de meros demandantes das prestações estatais para assumir a efetiva responsabilidade pela fiscalização e controle das escolhas políticas e da alocação dos recursos públicos.

BIBLIOGRAFIA

ABREU, Daniel Borges de. **Ficha Limpa: decisões do Supremo Tribunal Federal, do Superior Tribunal Eleitoral e judicialização da política.** Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul / Faculdade de Filosofia em Ciências Humanas / Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais. Porto Alegre, 2012.

ADVOCACIA GERAL DA UNIÃO. **Consultoria Junto a Ministério da saúde: o instituto da solidariedade passiva aplicado de forma irrestrita às ações judiciais de saúde.** Brasília, 2012.

APPIO, Eduardo. **Não cabe aos juízes determinar a política pública de saúde.** Disponível em: http://www.conjur.com.br/2005-nov-23/nao_cabe_juiz_determinar_politica_publica_saude?pagina=3. Acesso em 12/09/2014.

BAPTISTA, T.W.F.; MACHADO, C.V.; LIMA, L.D. **Responsabilidade do Estado e direito à saúde no Brasil: um balanço da atuação dos Poderes.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 14, n. 3, p. 829-839, 2009.

BARBOSA, Mariana Gracioso. **O Supremo Tribunal Federal e a política de fornecimento de medicamentos para tratamento da AIDS/HIV.** Revista Jurídica, v. 9, n. 88, Brasília, Presidência da República, p. 01-39, dez./2007-jan./2008. p. 13. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/revista/Rev_88/MonoDisTeses/MarianaBarbosa.pdf. Acesso em 06/10/2014.

BARCELLOS, Ana Paula de. **Neoconstitucionalismo, direitos fundamentais e controle das políticas públicas.** Revista de Direito Administrativo, Rio de Janeiro, n. 240, abr./jun. 2005.

BARROSO, Luís Roberto. **Judicialização, ativismo judicial e legitimidade democrática.** Revista de Direito do Estado, Rio de Janeiro, n. 13, p. 29, jan./mar. 2009.

BRANDÃO, Rodrigo. **A judicialização da política: teorias, condições e o caso brasileiro.** In: rda – Revista de Direito Administrativo, Rio de Janeiro, v. 263, p. 175-220, maio/ago. 2013.

BERMUDEZ JAZ, OLIVEIRA MA, OSÓRIO-DE-CASTRO CGS. **Assistência farmacêutica e acesso a medicamentos.** Rio de Janeiro, Editora Fiocruz: 2007.

BORGES, Danielle da Costa Leite; UGÁ, Maria Alicia Dominguez. **Conflitos e impasses da judicialização na obtenção de medicamentos: as decisões de 1ª instância nas ações individuais contra o Estado do Rio de Janeiro, Brasil, em 2005**. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p.59-69, jan. 2010.

BRASIL. **Decreto n. 68.806, de 25 de junho de 1971**. Institui a Central de Medicamentos (CEME). Diário Oficial da União, Brasília; 1971.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil. (1988)**
Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm

_____. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Formulação de Políticas de Saúde. **Portaria nº 3.916/MS/GM, de 30 de outubro de 1998**. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. Brasília, 1998.

_____. **Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, 20 de setembro de 1990.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Medicamentos (1999)**. 6ª Reimpressão. 40p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios, n.25). Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Supremo Tribunal Federal. **Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental 45/DF**. Arguinte: Partido da Social Democracia Brasileira – PSDB. Arguido: Presidente da República. Relator: Ministro Celso de Mello. Brasília, 29 de abril de 2004.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 338**. Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Poder Executivo, Brasília, 20 de maio de 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Entendendo o SUS**. Cartilha do Ministério da Saúde, Governo Federal, Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM n. 399**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido Pacto. Diário Oficial da União nº 39, de 23 de fevereiro de 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM n. 2475 de 13 de outubro de 2006**. Aprova a 4ª edição da relação Nacional de Medicamentos Essenciais

(Rename). Diário Oficial da União nº 200 de 18 de outubro de 2006, seção 1, Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência Farmacêutica no SUS**. Brasília: CONASS, 2007.

_____. Superior Tribunal de Justiça. **RMS: 28338** MG 2008/0264294-1, Relator: Ministra ELIANA CALMON, Data de Julgamento: 02/06/2009, T2 - SEGUNDA TURMA, Data de Publicação: DJe 17/06/2009.

_____. Ministério da Saúde. **Intervenção Judicial na saúde pública - Panorama no âmbito da Justiça Federal e apontamentos na seara das Justças Estaduais**. Advocacia-Geral da União. Consultoria Jurídica/Ministério da Saúde (CONJUR/MS), 2012 (modificado em junho de 2013). Disponível em <http://u.saude.gov.br/images/pdf/2014/maio/29/Panorama-da-judicializa---o--2012---modificado-em-junho-de-2013.pdf>. Acesso em 14/10/2014.

BRESSER PEREIRA, Luiz C. **A Administração Pública Gerencial: estratégia e estrutura para um novo Estado**. Brasília, ENAP, 1996.

BUCCI, Maria Paula Dallari. **As políticas públicas e o Direito Administrativo**. Revista Trimestral de Direito Público, n. 13, São Paulo: Malheiros, 1996.

CANOTILHO, José Joaquim Gomes. **Direito Constitucional e Teoria da Constituição**. 7.ed. Coimbra: Almedina, 2008.

CAPELLA, Ana Cláudia N. **Perspectivas Teóricas sobre o Processo de Formulação de Políticas Públicas**. In: Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais – BIB. São Paulo, nº 61, 2006.

CARVALHO, Ernani Rodrigues. **Em busca da judicialização da política no Brasil: apontamentos para uma nova abordagem**. Rev. Sociol. Polit. 2004, n.23, pp. 127-139.

_____. MARONA, Marjorie Corrêa. **Por um conceito operacional de judicialização da política**. 7º Encontro da Associação Brasileira de Ciência Política: Recife, Pernambuco, 04 a 07 de agosto de 2010. Disponível em: http://cienciapolitica.servicos.ws/abcp2010/arquivos/12_7_2010_22_18_4.pdf. Acesso em: 28/10/2014.

CASTRO, Marcus Faro de. **O Supremo Tribunal Federal e a judicialização da política**. Revista Brasileira de Ciências Sociais, São Paulo, v. 12, n. 34, jul.1997.

CASTRO, Kátia Regina Tinoco Ribeiro de. **Os juízes diante da judicialização da saúde: o NAT como instrumento de aperfeiçoamento das decisões judiciais na área da saúde**. Dissertação (Mestrado) – Fundação Getúlio Vargas. Rio de Janeiro, 2012.

CHIEFFI, Ana Luiza; BARATA, Rita Barradas. **Judicialização da política pública de assistência farmacêutica e equidade**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 25, n. 8, Ago. 2009.

COHEN, Ernesto; MARTÍNEZ, Manoel. **Formulación, Evaluación y Monitoreo de Proyectos Sociales**. Santiago: CEPAL, 2004.

COHN, Amélia. **O sistema unificado e descentralizado de saúde: descentralização ou desconcentração**. In: Rev. São Paulo em Perspectiva, out/dez 1987.

CONTI, Marcela de Andrade. **Avaliação das demandas judiciais por acesso a medicamentos no Distrito Federal**. Dissertação (mestrado)—Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Ciência da Saúde, 2013.

CRETELLA JÚNIOR, José. **Comentários à Constituição Brasileira de 1988**. Vol. III, Forense Universitária, Rio de Janeiro/RJ, 2002.

DIAS, Reinaldo; MATOS, Fernanda. **Políticas Públicas – Princípios, Propósitos e Processos**. São Paulo: Atlas, 2012.

DWORKIN, Ronald. **O império do Direito**. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

FARIAS, Nidia Caldas. **Políticas Públicas de Saúde: perspectivas das decisões judiciais**. Dissertação (Mestrado) - Faculdade Gama Filho. Rio de Janeiro, 2008.

FONTE, Felipe de Melo. **A legitimidade do Poder Judiciário para o controle de políticas públicas**. Revista Brasileira de Direito Público, a.1, n.1, 2003.

FREY, Klaus. **Políticas públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil**. Planejamento e Políticas Públicas, Brasília, n. 21, p. 211-259, jun. 2000.

GARAPON, Antoine. **O juiz e a democracia**. Rio de Janeiro: Ed. Revan, 1999.

GELIS FILHO, Antonio. **O poder judiciário e as políticas públicas de saúde: uma análise empírica de decisões do Supremo Tribunal Federal**

e do Superior Tribunal de Justiça. In: EnAPG: Anais do Encontro de Administração Pública e Governança. Rio de Janeiro: ANPAD, 2004.

GERVASONI, Tássia Aparecida. **A jurisdição constitucional brasileira entre judicialização da política e ativismo judicial: a (auto)compreensão do Supremo Tribunal Federal acerca desses conceitos e dos seus limites de atuação em face do Princípio da Separação dos Poderes – uma análise teórica e jurisprudencial.** Dissertação (Mestrado). Universidade de Santa Cruz do Sul UNISC, 2011.

GINSBURG, T. ***The Global Spread of Constitutional Review.*** In ***Oxford Handbook of Law and Politics.*** Keith E. Whittington, R. Daniel Kelemen, Gregory A. Caldeira (eds). Oxford University Press, 2008.

HÖFLING, Eloisa de Mattos. **Estado e Políticas (Públicas) Sociais.** In: Cadernos Cedes, ano XXI, nº 55, novembro/2001.

KINGDON, John. **Agendas, Alternatives, and Public Policies.** New York: Longman, 2003.

_____. **Como chega a hora de uma idéia?** In: SARAIVA, Enrique; FERRAREZI, Elisabete. (Org.) Políticas públicas (coletânea) – Brasília: ENAP, 2006.

LARANJEIRA, Fernanda. **Incorporação de Tecnologias no SUS.** In: Seminário Inovação Tecnológica em Saúde no SUS. IS – SES/SP, 2014. Disponível em: <http://www.rnpd.org.br/download/pdf/2014incorporasus.pdf>. Acesso em: 14/10/2014.

LOYOLA, Maria Andréa. **Medicamentos e saúde pública em tempos de AIDS: metamorfoses de uma política dependente.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, 2011.

MACHADO, Clara Cardoso. **Limites ao ativismo judicial à luz do constitucionalismo fraterno.** Revista Baiana de Direito. Salvador, v. 05, p. 53-80, jan/jun 2010.

MACHADO, Felipe Rangel de Souza. **A judicialização da saúde no Brasil: cidadanias e assimetrias.** Tese (doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, 2010.

MACIEL, Débora Alves; KOERNER, Andrei. **Sentidos da Judicialização da Política: Duas Análises.** Lua Nova. São Paulo, n. 57, p.113-133, 2002, São Paulo. Disponível em <www.scielo.br/pdf/ln/n57/a06n57.pdf>. Acesso em

MEDRADO, Raquel Guedes; CRUZ Marcus Vinicius Gonçalves da; RASO, Luciana Moraes; ROCHA Heloisa Helena Nascimento. **SOS SUS: Muita**

Justiça, Pouca Gestão? Estudo sobre a Judicialização da Saúde. In: XXXVII Encontro da ANPAD. Rio de Janeiro, 2013.

MENEGHETTI, Marco Antonio. **Judicialização da política no Brasil e moderação do poder.** Dissertação (Mestrado em Ciências Políticas), Universidade de Brasília, Brasília, 2008.

MERCADANTE, Otávio Azevedo (Coord.). **Evolução das Políticas e do Sistema de Saúde no Brasil.** In: FINKELMAN, Jacobo (Org.). Caminhos da saúde pública no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002.

OHLAND, Luciana. **A responsabilidade solidária dos entes da Federação no fornecimento de medicamentos.** In: Direito & Justiça, Porto Alegre, v. 36, n. 1, p. 29-44, jan./jun. 2010.

OLIVEIRA, Renan Guimarães de. **Judicialização do direito à saúde pública do município de Leopoldina-MG: Um Estudo de Caso.** Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2014.

PAIM, J.S. **Uma análise sobre o processo da reforma Sanitária brasileira.** In: Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 27-37, jan./abr. 2009.

PEPE, Vera Lúcia Edais. **Caracterização de demandas judiciais de fornecimento de medicamentos “essenciais” no Estado do Rio de Janeiro, Brasil.** In: Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 26(3):461-471, mar, 2010.

_____ et al. **A judicialização da saúde e os novos desafios da gestão da assistência farmacêutica.** Ciênc. saúde coletiva, Ago 2010, vol.15, n.5, p.2405-2414.

_____ et al. **Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde.** Physis 2010; 20(1): 77-100.

PEREIRA, Delvechio de Souza. **O orçamento público e o processo de judicialização da saúde.** 2010. 32 f. Dissertação (Especialização) - Isc/tcu, Brasília, 2010

PEREIRA, José Gilberto. **Demandas judiciais de medicamentos no estado do Paraná: aplicação de indicadores de avaliação e monitoramento e qualidade de vida relacionada à saúde dos usuários.** Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2013.

RODRIGUEZ NETO, Eleutério. **A reforma sanitária e o Sistema Único de Saúde: suas origens, suas propostas, sua implantação, suas**

dificuldades e suas perspectivas. In: Ministério da Saúde. NESP. Incentivo a participação popular e controle social no SUS: textos para Conselheiros de Saúde. Brasília: MS, 1998.

ROMANELLI, Sandro Luís Tomás Ballande. **A judicialização da política como meio de participação democrática – uma abordagem teórica para a legitimidade da jurisdição constitucional brasileira.** Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Paraná, 2012.

ROMERO Luiz Carlos. **Judicialização das políticas de assistência farmacêutica: o caso do Distrito Federal.** Brasília: Núcleo de Estudos e Pesquisas do Senado Federal; 2008.

RUA, Maria das Graças. **Políticas públicas.** Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração/UFSC. Brasília: CAPES: UAB, 2009.

_____.; ROMANINI, R.. **Para Aprender Políticas Públicas.** Brasília: IGEPP, 2013.

SADEK, Maria Tereza. **Judiciário e Arena Pública: Um olhar a partir da Ciência Política.** In: GRINOVER, Ada Pellegrini; WATANABE, Kazuo (org.). O controle jurisdicional de políticas públicas. Rio de Janeiro: Forense, 2011.

SARAVIA, Enrique. **Introdução à Teoria da Política Pública.** In: SARAVIA, Enrique; FERRAREZI, Elisabete. (Org.) Políticas públicas (coletânea) – Brasília: ENAP, 2006.

SARLET, Ingo Wolfgang. **Algumas considerações em torno do conteúdo, eficácia e efetividade do direito à saúde na Constituição de 1988.** Revista Diálogo Jurídico, Salvador, n. 10, jan. 2002.

SILVA, Pedro Luiz Barros; MELO, Marcus André Barreto. **O processo de implementação de políticas públicas no Brasil: características e determinantes da avaliação de programas e projetos.** Caderno NEPP/UNICAMP, Campinas, n. 48, p. 1-16. Disponível em: http://governancaegestao.files.wordpress.com/2008/05/teresa-aula_22.pdf. Acesso em: 05/04/2014.

SOTELO, Luis Carlos. **Los derechos constitucionales de prestación y sus implicaciones económico- políticas: los casos del derecho a la salud y de los derechos de los reclusos.** In: Departamento Nacional de Planeación. Unidad de Análisis Macroeconómico. Colombia: Editora DNP, 2000.

SOUZA, Celina. **Políticas Públicas: uma revisão da literatura.** Sociologias, Porto Alegre, ano 8, nº 16, jul/dez, p. 20-45, 2006.

VIEIRA, Oscar Vilhena. **Supremocracia**. In: Revista Direito GV, 4(2), p. 441-464. São Paulo: jul-dez 2008.

VICTOR, Rodrigo Albuquerque de. **Judicialização de políticas públicas para a educação infantil: características, limites e ferramentas para um controle judicial legítimo**. São Paulo: Saraiva, 2011.

TATE, C.; VALLINDER, T. **The Global Expansion of Judicial Power**. New York University Press: New York, 1997.

TEIXEIRA, Mariana Faria. **Criando alternativas ao processo de judicialização da saúde: o sistema de pedido administrativo, uma iniciativa pioneira do Estado e Município do Rio de Janeiro**. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2011.

TREVISAN, Andrei Pittol; VAN BELLEN, Hans Michael. **Avaliação de políticas públicas: uma revisão teórica de um campo em construção**. In: Revista de Administração Pública (RAP) – Rio de Janeiro 42(3):529-50, maio/jun., 2008.

TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO. **Avaliação do TCU sobre a Ação Assistência Financeira para Aquisição e Distribuição de Medicamentos Excepcionais**. Sumários Executivos nº 23. Brasília: TCU, 2005.

VALLINDER, T. & TATE, C. Neal. 1995. **The Global Expansion of Judicial Power: The Judicialization of Politics**. New York: New York University.

VERBICARO, Loiane Prado. Um estudo sobre as condições facilitadoras da judicialização da política no Brasil. Revista DireitoGV, n. 4, 2008.

VIANNA, Werneck Luiz. **A judicialização da política no Brasil**, In Werneck Vianna, Luiz et al, A judicialização da política e das relações sociais no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Revan, 1999.

_____, BURGOS, Marcelo Baumann; SALLES, Paula Martins. Dezesete anos de judicialização da política. Tempo Social — Revista de Sociologia da USP, v. 19, n. 2, p. 39-85.

_____; BURGOS, Marcelo Baumann and SALLES, Paula Martins. **Dezesete anos de judicialização da política**. Tempo Social, Revista de Sociologia da USP, vol.19, n.2, pp. 39-85, 2007.

VIEIRA, Fabiola Sulpino; ZUCCHI, Paola. **Distorções causadas pelas ações judiciais à política de medicamentos no Brasil**. In: Rev. Saúde Pública, 41(2): 214-22, 2007.

WANG, Daniel Wei Liang. **Escassez de Recursos, custos dos direitos e reserva do possível na jurisprudência do Supremo Tribunal Federal**. XI Conferência Internacional da Associação Latino-Americana e Caribe de Direito e Economia (ALACDE), 2007.

_____. **Poder Judiciário e participação democrática nas políticas públicas de saúde**. Dissertação (Mestrado) – Universidade de São Paulo (USP), Faculdade de Direito, 2009.